

تبیین وجوه و حدود اتاق بستری بیمارستانی مطلوب از نگاه بیماران بومی مبتلا به سرطان در کرمانشاه

محیا بختیاری منش*، آزاده خاکی قصر**

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱/۳۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۶/۲۰

چکیده

در درمان بالینی اتاق‌های بستری بیماران مبتلا به سرطان، استانداردهای کمی فراهم می‌شود اما به کیفیت اتاق‌های بستری به عنوان محیط کالبدی مد نظر بیماران که به افزایش امیدبخشی کمک می‌کنند، کمتر توجه می‌شود. در این راستا هدف از پژوهش حاضر تبیین وجوه و حدود کیفیت اتاق بستری مطلوب از نگاه بیماران بومی مبتلا به سرطان است. روش تحقیق از نوع تحلیل محتوا و بر مطالعات کتابخانه‌ای، مشاهدات میدانی، مصاحبه و بازخوردهای ۳۱ بیمار (۷۸٪ اهل روستاها و شهرستانهای کرمانشاه و ۲۲٪ اهل شهر کرمانشاه) از پرسشنامه‌های تصویری تا اشیاء نظری در دو بیمارستان کرمانشاه استوار است. یافته‌ها حاکی از آن است که وجوه جسمانی، روانی، معنوی، اخلاقی-حقوقی و اجتماعی-محلی در مطلوبیت اتاق‌های بستری مؤثرند و انتظار بیماران بومی بر وجه درون فرهنگی (محلی) با تأکید بر حفظ قلمرو و ایجاد حس تعلق برای استقرار در اتاق‌ها متمرکز است. در نزد جامعه آماری حدودی همچون "خودمانی‌بودن"، "راحتی مشابه خانه"، "ارتباط بیشتر با طبیعت" و "تعریف قلمروها بر اساس عرف محلی" مطرح است. همچنین "امیدبخش بودن"، "مناسب برای حضور همراهان" و "تناسب با تعداد بیماران" از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند. با توجه به مطالعه انجام شده به نظر می‌رسد هر چه بیماران مبتلا به سرطان به ویژگی‌های محلی-اجتماعی خود متصل تر باشند، بعد پنجم که ناظر بر وجه محلی اتاق بستری آنان است در طراحی چنین فضاهایی نیاز به تقویت بیشتری دارد. لذا برای مطلوبیت اتاق بستری در نزد بیماران بومی بایستی بر وجه محلی نیز بسیار توجه گردد. به بیان دیگر، در جوامع محلی تر، نقش مولفه پنجم پر رنگ تر می‌شود در حالیکه در جوامع کمتر محلی، شاید این مولفه بتواند در چهار وجه دیگر جذب شود. لذا لازم است اتاق‌های بستری بیماران بومی مبتلا به سرطان در بیمارستان‌های استانهای کشور، با کیفیات سکونت مردم بومی آنان نسبت داشته باشد تا آنها کمتر احساس غریبگی با محیط جدید که مکمل درمان و احیاگر می‌تواند باشد داشته باشند و امکان امیدبخشی و یا کاهش استرس در آنان بهبود یابد. در این راستا پیشنهاد بر آن است که طراحان با رجوع به فرهنگ زمینه، در تنظیم قلمروها و تقویت حس تعلق، محلی‌تر بیندیشند تا در تحقق نقش مکمل درمان بالینی اتاق‌های بستری گام‌های مؤثرتری بردارند.

واژگان کلیدی

بیماران بومی، سرطان، حس تعلق، قلمرو بیمار، اتاق بستری، بیمارستان محلی

* b_mahya@modares.ac.ir

** a_khakighasr@sbu.ac.ir

* پژوهشگر دکتری معماری، گروه معماری، دانشکده هنر و معماری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
** استادیار گروه معماری، دانشکده معماری و شهرسازی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول).

مقدمه

درمان سرطان، شامل روش‌های دارویی و غیردارویی است. روش‌های دارویی تحت نظر پزشکان در بیمارستان‌ها روی می‌دهد که از نظر محققان علوم محیطی، کالبد فضاها در درمانی نیز در روند درمان تأثیر دارد (Dilani, 2009). از طرف دیگر روشهای غیر دارویی یعنی توجه به عوامل فراتر از عوامل کالبدی در طراحی و زیبایی‌شناسی در محیط‌های بیمارستانی، می‌تواند باعث ارتقاء روحی بیماران و تسریع در روند بهبودی ایشان گردد (منتظرالحجه و اخلاصی، ۱۳۹۷: ۸۲). بر این اساس، کیفیت محیط بیمارستان‌ها در بیماران مبتلا به سرطان در حساسیت ویژه‌ای قرار دارد زیرا چنین بیمارانی با مفهوم دیگری از کیفیت زندگی مواجهند (Budis, 2003). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک هر فرد از زندگی، ارزشها، اهداف، استانداردها و علایق تعریف کرده است (Isikhan, 2001). کیفیت زندگی بیمار مبتلا به سرطان یک احساس کلی از تندرستی مبنی بر توانایی شرکت در فعالیت‌های معمول، تعامل با دیگران و سازگاری با رویدادهای ناراحت کننده شناختی، عاطفی، فیزیکی و ایجاد مفهومی از تجربه بیمار است (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۲: ۹۵). و ارزیابی آن جنبه مهمی در درمان بیماران مبتلا به سرطان است (Hinds, 2009). کیفیت زندگی را باید به عنوان پیامد اصلی برای بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته در پایان زندگی در نظر گرفت (Cui, 2014). به طور کلی در مدل کیفیت زندگی بیماران شش عامل وجود دارد: «محیط کالبدی، سلامت، امنیت، توسعه فردی، توسعه اجتماع محلی و خدمات» (Mitchell, 2000). و در مورد بیماران مبتلا به سرطان، دوره‌های شیمی درمانی و حضور مداوم و طولانی بیماران به خصوص در اتاق‌های بستری، همچنین روحیه شکننده آنان در ارتباط با پذیرش کوتاه‌شدن عمر، سبب شده است که کیفیت بخشی به اتاق‌های بستری این دسته از بیماران نگاه ویژه‌ای ضرورت داشته باشد (Priscilla, 2011).

اتاق بستری نیاز به ایمن بودن بیمار از خطرات جسمی را برای بیمار فراهم می‌آورد (گل، ۱۳۹۲: ۹۱؛ Poe, 2015). آسایش بخش بودن محیط به معنای تأمین شرایط جسمی مطلوب افراد در یک فضا از دیگر ضرورتهاست (Williamson, 1992). در اتاق بستری یک محیط تا حدودی شخصی به وجود می‌آید که به عنوان «فضای خصوصی» مانند یک فیلتر میان بیمار و دیگران عمل می‌کند (Chaudhury, 2006). فضای خصوصی بیمار شامل توجه به خلوت، حریمیت و توانایی کنترل نسبت خود با دیگری است (Melin, 1981). لذت بخش بودن و کاهش استرس از دیگر انتظارات از اتاق بستری است (Velarde, 2007). فرصت دادن به بیماران برای آوردن برخی وسایل شخصی مانند گلدان‌ها به اتاقشان، حس کنترل و تعلق خاطر در آن‌ها ایجاد می‌نماید و باعث کاهش استرس می‌شود (کرمی و همکاران، ۱۳۸۹). این مساله ناظر بر اهمیت موضوع توجه به کیفیت اتاق‌های بستری از جمله زیرساختهای روند درمان به موازات عمل‌های جراحی و شیمی درمانی است. سن، جنس و فرهنگ، انتظارات متفاوتی از اتاق‌های بستری ایجاد می‌کند بنابراین تحدید مطالعه موردی حاضر بر بازه سنی بزرگسالان و تحدید جغرافیایی و فرهنگی بر استان کرمانشاه انجام شده است. تحدید جامعه آماری نیز بر بیماران بومی مبتلا به سرطان در استان کرمانشاه است. پرسش تحقیق حاضر عبارت از آن است که وجوه و حدود اتاق بستری مطلوب از دید بیماران بومی مبتلا به سرطان در استان کرمانشاه چیست؟ پرسش حاضر اگر چه دغدغه بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان است، اما به صورت خاص از سوی معماران به عنوان پژوهشی بین‌رشته‌ای دنبال نشده است.

پیشینه پژوهش

از دوران باستان تاکنون روندی مبتنی بر شکل‌گیری بناهای درمانی با سوگیری به درمان کالبدی برای بیماران تجربه شد (خان‌زاد، ۱۳۹۱: ۱۱). در حدود دویست سال اخیر، روند ساخت بیمارستان‌ها بر اساس استانداردهای مهندسی و پزشکی سرعت گرفت (شامقلی و یکی‌تا، ۱۳۹۰). در این میان طراحی داخلی به عنوان یک فاکتور برجسته در برنامه‌ریزی محیطی بیمارستان مطرح شد (حجت و ابن‌الشهیدی، ۱۳۹۰: ۳۳). این امر از آنجا نشأت می‌گیرد که در دوران معاصر، از زمان شکل‌گیری علم روانشناسی محیط و تأثیر میان رشته‌ای آن در ارزیابی و سنجش کیفیت محیط در معماری، همواره بازخوردهای ساکنین و کاربران از فضاهای معماری مورد توجه پژوهشگران این حوزه بوده است. از جمله تئوری‌های مؤثر در این امر می‌توان به قابلیت احیاگری محیط اشاره کرد که از سوی تری هارتیگ (۲۰۰۳) مطرح شده است. این صاحب‌نظر حوزه روانشناسی محیط بیان می‌کند که محیطهایی که قابلیت بازایی و ترمیم ذهنی افراد را فراهم می‌آورند و سبب کاهش استرس می‌گردند، محیطهای احیاگر یا آرامش بخش هستند (Hartig and Staats, 2003). استفان کاپلن (۱۹۹۵) نظریه تجدید قوای ذهنی را بیان کرد که ارتباط مستقیم با بحث احیاگری محیط‌ها را دارد (Kaplan, 1995). راجر اولرپچ نظریه کاهش استرس در محیط را مطرح کرد و به تحقیقاتی در زمینه اثر طراحی داخلی بر سلامتی افراد پرداخت (Ulrich, 1984, 1991). محققان در حوزه روانشناسی محیط علاوه بر فضاهای معماری به صورت عمومی، تحقیقات متعددی در زمینه محیطهای احیاگر در کاربری درمانی نیز ترتیب داده اند. در پی اهمیت کیفیت فضاهای داخلی

بیمارستان‌ها بر روان افراد تحقیقی از برایان لاوسن وجود دارد که وی بیماران را حساس به محیط خود در بیمارستان توصیف می‌کند و کیفیت محیط درمانی را مؤثر بر بهبود افراد می‌یابد (لاوسن، ۱۳۸۳).

طی دو دهه گذشته «کیفیت زندگی» از موضوعات تحقیقات بالینی به عنوان یکی از جنبه‌های مؤثر در مراقبت از بیماران به منظور تشخیص تفاوت‌های موجود بین بیماران، پیش بینی عواقب بیماری و ارزشیابی مداخلات درمانی مورد بررسی قرار گرفته است (Gill and Feinstein, 1994). مک اندرو بیان می‌کند تماشای مناظر طبیعی فشار روانی را کاهش می‌دهد، احساسات و حالات خلقی مثبت را بر می‌انگیزد و می‌تواند بهبودی بیمار را سرعت بخشد (مک اندرو، ۱۳۸۷). همچنین اولریچ بیان می‌کند وقتی افراد در معرض تماشای محیط طبیعی قرار می‌گیرند، نسبت به آنکه به تماشای عناصر شهری می‌پردازند، بهبودی سریعتری را تجربه می‌کنند (Ulrich, 1991). اولریچ و وردربر به مطالعه تأثیر وجود پنجره در بهبودی بیماران پرداختند و دریافتند که نزدیکی بیمار به پنجره و تماشای مناظر بیرون در بهبودی او مؤثر است (Verderber, 1983) و (Ulrich, 1984) بخش مهمی از رضایت به دست آمده از طبیعت توسط بیماران به واسطه حضور در طبیعت نیست بلکه بیشتر دیدنی است (Velarde, 2007; تاجر و مستقیمی، ۱۳۹۵: ۲۸۳). همچنین بر اهمیت کاهش استرس در راستای ارتقاء سطح سلامت و کیفیت زندگی بیماران بر اساس تئوری‌های کاپلان و اولریچ تحقیقاتی انجام پذیرفته است که از نتایج آنها می‌توان چنین بیان کرد: «حضور باغ‌های شفا بخش نقش مطلوبی بر کاهش فشار خون، کاهش ضربان قلب، کاهش استرس، کاهش افسردگی و غیره دارد و عواملی همچون انسجام، پیچیدگی، خوانایی و راز را ابزارهای اصلی برای کاهش استرس مؤثر است.» (طاهری و شبانی، ۱۳۹۵). همچنین بر مبنای تئوری اولریچ، کاهش استرس در اتاق‌های بستری مورد تحقیق محققان معاصر واقع شده است و نتیجه آن بوده است که تعداد عناصر موجود در اتاق بیمارستان از طریق درک میزان حمایت اجتماعی که ایجاد می‌کند، فشار روانی مورد انتظار را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Andrade and Delvin, 2015). تکنیک حواس پرتی مثبت که اعمال آن باعث القای حس مثبت، جلب حواس بدون ایجاد خستگی و استرس در فرد می‌شود و در نهایت باعث کاهش یا در بهترین حالت از بین بردن افکار نگران کننده در بیمار می‌شود نشان می‌دهد که جدای از بحث محرکات مثبت برخی عناصر محیط در کاهش استرس بیمار و افزایش سرعت بهبودی وی نقش مهمی دارند (Marberry, 1995).

نور طبیعی به خصوص نور صبح نیز به عنوان عاملی برای ایجاد یک محیط لذت‌بخش و یکی از منابع مهم بهبود احساسات در طول دوره درمان است (Edwards and Torcellini, 2002). تفاوت بین نور مصنوعی و طبیعی در درمان بیماران قابل توجه است (Boivin, 2007). بحث دیگری که در اتاق‌های بستری با توجه به اهمیت حواس پنجگانه در درک فضا و همچنین تئوری حواس‌پرتی مثبت در روان‌شناسی مطرح است که به تلاشی در جهت درگیرکردن حواس پنجگانه و به دورکردن فضای ذهنی بیمار از اضطراب در اتاق‌های بستری بازمی‌گردد (طاهری و شبانی، ۱۳۹۵: ۲۳۴). در فضای درمانی به علت ثابت بودن مکان استقرار بیمار بهره‌گیری از ادراکات «حس بینایی» از بالاترین درجه انتخاب برخوردار است (Marberry, 1995). از دیگر وجوه، نسبت داشتن فضای اتاق با علایق فرهنگی و مذهبی است (حجت و ابن‌الشهیدی، ۱۳۹۰: ۴۰). در پژوهش مرتبط دیگر، به بررسی مفهوم خلوت به عنوان یکی از اصلی‌ترین نیازهای انسان در محیط‌های درمانی پرداخته شده است: «خلوت در فضاهای درمانی تابع شرایط فرهنگی، نوع و شدت بیماری، روحیات فردی، طول مدت زمان بستری، روش ارائه خدمات و فعالیت‌های کادر پزشکی است. در این راستا توصیه‌هایی در خصوص مساله معماری ارائه دادند: انعطاف پذیری، توانایی کنترل بر فضای شخصی، تسلط بیمار بر محیط پیرامونی خود، توجه به محدوده مشترک میان بیماران، لزوم جایگاهی برای همراهان و تفکیک جنسیتی بیماران از آورده‌های پژوهش است.» اوحدی و همکاران (۱۳۹۵) و منتظرالحجه و اخلاصی (۱۳۹۷) به ارزیابی عوامل مؤثر بر سطح اثربخشی و رضایتمندی بیماران از فضاهای درمانی پرداختند. نتایج پژوهش آنها نشان می‌دهد که از نگاه بیماران تأثیرگذارترین عوامل کالبدی بر کاهش استرس و افزایش رضایتمندی بیماران، استفاده از رنگ‌های مناسب، فراهم ساختن سرگرمی‌های مثبت و برخوردای از تهویه مناسب و هوای تازه در بیمارستان است.

محققان بر این باورند که در رسیدن به وجوه اتاق‌های بستری بیماران مبتلا به سرطان، که از ویژگی‌های عمومی اتاق‌های بستری تبعیت می‌نماید بایستی دغدغه‌های چنین بیمارانی در جنبه‌های مختلف جسمی، روانی، اخلاقی و معنوی در نظر گرفته شود (Smeltzer et al., 2008; بهرامی و همکاران، ۱۳۹۶: ۳۳). هر یک از این عوامل می‌توانند با توجه به ویژگی‌های محیط بستری سبب بهبود وضعیت آنان گردند و بی‌توجهی به این دغدغه‌ها می‌تواند منجر به مشکلات از جمله کاهش کیفیت زندگی اینگونه بیماران گردد (Bahrami, 2016; بهرامی و همکاران، ۱۳۹۶: ۳۳). از دغدغه‌های روانی بیماران مبتلا به سرطان، حضور راحت همراهان آنها در اتاق بستری است زیرا: «اعضای خانواده و خویشاوندان نزدیک با کمک و حمایت خود نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی بیمار ایفا می‌کنند.» (فتوکیان و همکاران، ۱۳۸۳). مطالعات نشان می‌دهد که سرطان بر روی وضعیت روانی بیمار و مراقبت‌کننده از وی نیز تأثیر می‌گذارد (Edwards & Ung, 2002). از آنجایی که خانواده

به عنوان واحد اصلی اجتماع با توجه به نفوذی که بر روی اعضای خود دارد، از قدیم مورد توجه حرفه پرستاری بوده است، لذا مراقبت پرستاری باید خانواده بیمار را هم دربرگیرد (Kuuppelomäki, 2002)

از دغدغه‌های جسمی بیماران مبتلا به سرطان در اتاق بستری، دلواپسی‌های آنان در کنترل ایمنی در سرایت‌های عفونی است (معمدی و چاره‌جو، ۱۳۹۳). از دیگر دغدغه‌ها، تقویت عاطفی آنان است که بر پیشگیری و درمان تنش‌های عاطفی استوار است (Andrykowski, 2008).

برای بسیاری از بیماران و خانواده آنان در سال آخر زندگی، «مسائل معنوی» از اهمیت خاصی برخوردار است و بسیاری از مراقبین حرفه‌ای از مهارت کافی و زمان لازم جهت توجه به این نیازها برخوردار نیستند (Murray, 2004: 40؛ بهرامی و همکاران، ۱۳۹۶: ۳۶). همچنین ممکن است اتاق بستری قابلیت تحقق پذیری چنین فضایی را به لحاظ روانی فراهم ننماید. در تحقیقات فقه پزشکی، درون‌مایه مذهبی در ارتباط با اینگونه بیماران دارای سه طبقه باورهای دینی، ارتباط با خداوند و نیاز به عبادت مطرح شده است (حاتمی‌پور و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۴۲). یکی از مهمترین نیازهای معنوی چنین بیمارانی در مرحله آخر زندگی، تقویت عزت نفس است زیرا: «بیماران دیگر قادر به انجام امور روزمره خود نیستند و چون دیگران باید به آنها کمک کنند، احساس کمبود و سرخوردگی فراوان دارند. از سویی توجه بیش از حد دیگران به آنها نیز موجب احساس ترحم می‌شود.» (بهرامی و همکاران، ۱۳۹۶: ۳۷). از دیگر دغدغه‌های معنوی در چنین بیمارانی امید است زیرا سرطان، عامل تهدیدکننده امید محسوب می‌شود (محمدی شاهبلاغی و عباس زاده، ۱۳۷۷: ۲۸). در زمینه کیفیت‌مندی اتاق‌های بستری نمونه‌هایی وجود دارند که در بیمارستان‌های مختص سرطان تجربه می‌شوند (تصاویر ۱)

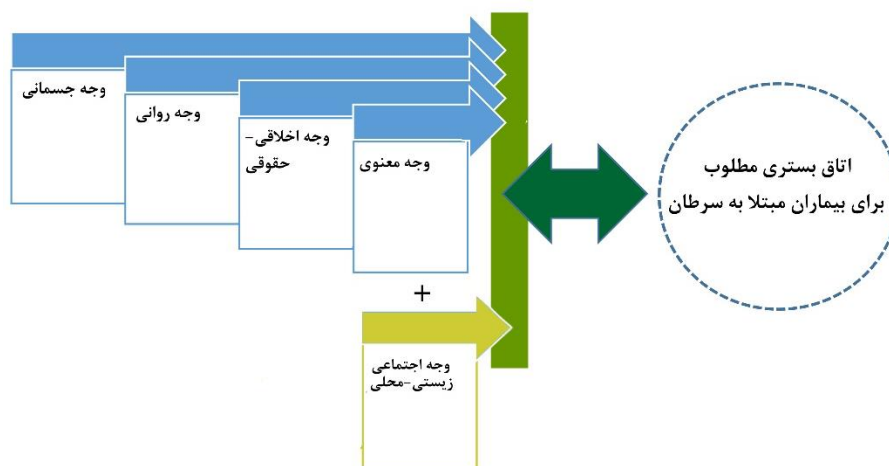


تصاویر ۱- اتاق‌های بستری به روز و متناسب با فرهنگ زیستی- محلی برای بیماران مبتلا به سرطان،

منبع: Ohio state university cancer center, UCSF baker cancer hospital, Minnesota masonic children's hospital

تحقیقات بر عوامل بازدارنده ارتباط بیمار محور در محیط‌های درمانی بیماران مبتلا به سرطان تأکید داشته‌اند و نشان می‌دهند عواملی همچون ناهماهنگی حجم کار و زمان، فرهنگ سازمانی بی‌توجهی به نیاز پرستار و بیمار، روتین‌محوری به جای بیمارمحوری، فقدان نظارت مطلوب بر این ارتباط، مواجهه بیماران با مساله سرطان، مشکلات روان شناختی و عاطفی این مواجهه و درمانهای تهاجمی و حس آسیب پذیری آنها سبب کاهش کیفیت فضای بستری و روند درمان می‌گردد (رسولی و همکاران، ۱۳۹۲). تاجر و مستقیمی (۱۳۹۵) بر جایگاه طبیعت در فضای داخلی و خارجی محیط‌های درمانی بیماران سرطانی در راستای افزایش کیفیت زندگی آنها پرداختند و نتایج پژوهش آنها نشان می‌دهد که تصاویر مناظر طبیعی و گیاهان مصنوعی در اتاق‌های بستری و مشاهده گیاهان طبیعی در خارج از اتاق‌های بستری سبب افزایش کیفیت زندگی بیماران می‌گردد. پیشنهاد آنان بر ایجاد مکانی تخصصی برای بیماران مبتلا به سرطان است که در آن به طور مستقیم و بی‌واسطه امکان ایجاد ارتباط با محیط طبیعی را داشته باشند که آن را در قالب وجود حیاط‌های مرکزی بیان می‌کنند که علاوه بر قدم زدن، امکان بهره‌گیری از صدای طبیعت نیز برای بیماران فراهم باشد.

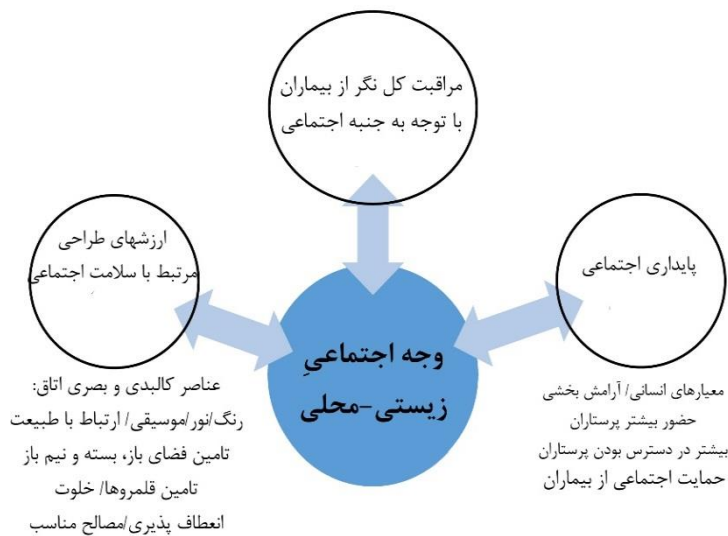
در جمع‌بندی آرای صاحب‌نظران تا به اینجا، می‌توان چنین اظهار نمود که اتاق بستری بیماران مبتلا به سرطان، بایستی نسبت به دغدغه‌های جسمی، روانی، اخلاقی-حقوقی و معنوی بیماران مبتلا به سرطان پاسخده باشد. از طرفی بحث‌های معطوف به وجه اجتماعی زیستی- محلی نیز آمده است که می‌تواند به چهار وجه بالا افزوده گردد. در ادامه، مدل مفهومی کلی وجوه متصور برای اتاق بستری مطلوب با استناد به جمع‌بندی آرای صاحب‌نظران ارائه می‌گردد (تصویر ۲)



تصویر ۲- مدل مفهومی کلی: چارچوب نظری برای وجوه مطلوبیت اتاق بستری بیماران مبتلا به سرطان بر اساس مطالعات

از آنجا که تحقیق حاضر بر مطلوبیت اتاق بستری از نگاه بیماران بومی تکیه دارد، لازم است که وجه پنجم که اتصال محلی و اجتماعی بیشتری نسبت به زمینه ایجاد می‌کند در منابع مورد مطالعه دقیق تری قرار گیرد. وجه اجتماعی زیستی-محلی، ریشه در مفهوم پایداری اجتماعی برای بیماران دارد. در این راستا تحقیقات متعددی صورت گرفته است. استفانو کاپولونگو و همکاران (۲۰۱۶) پایداری اجتماعی در امکانات مراقبت‌های بهداشتی را ابزاری برای ارزیابی و بهبود جنبه‌های اجتماعی در محیط‌های مراقبت بیان می‌کنند. خروجی تحقیق آنها ابزاری است که بر مبنای معیارهایی همچون معیارهای انسانی، آسایش و عدم مشوش نمودن، بر پایداری اجتماعی محیط‌های درمانی تأثیر گذار است (Capolongo et al., 2016). جمالی و همکاران (۲۰۲۰) از این وجه تحت عنوان پیامدهای درون فرهنگی در بیمارستان‌ها با تأکید بر اتاق‌های بستری یاد می‌کنند و تصریح می‌نمایند که تا به حال بیشتر بر وجه عملکردی توجه شده است در حالیکه لازم است وجوه دیگری در مقیاس‌های وسیع تر اجتماعی در ارزشهای طراحی مربوط به سلامت از بعد اجتماعی آن مد نظر قرار گیرند (Jamali et al., 2020). اندرید و همکاران (۲۰۱۷) به پشتوانه نظریه اولریچ درباره طراحی حمایتی در محیط‌های درمانی، مطرح می‌نمایند که پشتیبانی و حمایت اجتماعی از بیماران در اتاق‌های بستری، سبب کنترل استرس در آنها می‌شود که کمک کننده است (Andrade et al., 2017). اندریش و همکاران (۲۰۱۲) تحقیقی که بر مبنای ایجاد تغییرات در بخش اتاق‌های بستری سرطان است انجام می‌دهند و بازخوردهای بیماران، خانواده‌های آنان و کادر درمان را نسبت به این امر می‌سنجند. آنها به این نتیجه می‌رسند که با ایجاد پارامترهایی برای القای بهتر حس رنگارنگ زندگی و مراقبتی کل نگر از بیماران که معطوف به زندگی با تمامی جنبه‌های آن به ویژه جنبه‌های اجتماعی است، بیماران رضایت بیشتری از فضای درمانی خود دارند (Andritsch et al., 2013). از سوی دیگر بیان می‌شود که حضور بیشتر پرستاران در کنار بیماران در اتاق‌های بستری، علاوه بر بحث‌های مربوط به درمان‌های بالینی، بیانگر نوعی توجه ویژه اجتماعی به بیماران مبتلا به سرطان است و آنها را از این بابت دلگرم‌تر می‌نماید (Mahdavi et al., 2020).

وانگ و پاکزتا (۲۰۱۸) در تحقیقی که بازخوردهای بیماران مبتلا به سرطان، همراهان آنها و همچنین کادر درمان مد نظر بود درباره فضاهای نیم باز و نیم بسته و همچنین خلوت در اتاق‌های بستری با تأکید بر وجه اجتماعی این امر پرسش نمودند. در نتیجه آن، فضاهای نیم باز مورد توجه پرستاران بود در حالیکه هر سه نوع فضای باز، بسته و نیم باز متعلق به اتاق بستری به طور مساوی مورد توجه بیماران و خانواده‌های آنان بود. همچنین بیمارانی که دوره‌های مختلف طولانی بستری شده بودند و همچنین بیماران زن، تمایل بیشتری به اتاق‌های خصوصی داشتند. این دو محقق بیان می‌کنند که نیاز به خلوت، ارتباط اجتماعی و در دسترس بودن پرستاران از خواسته‌های مهم بیماران مبتلا به سرطان در اتاق‌های بستری است (Wang and Puksza, 2018). جمشیدی و همکاران (۲۰۱۹) نیز به بررسی تأثیر محیط بیمارستانی بر روند درمان بیماران، همراهان و کادر درمان پرداختند. در این راه فرم، مصالح کف، تجهیزات پزشکی، طبیعت، نور و موسیقی را مهم‌ترین عوامل مؤثر بر بهبود سلامت بیماران یافتند (Jamshidi et al., 2019). بر اساس جزییاتی که درباره وجه اجتماعی زیستی-محلی در مطالعات دهه اخیر از نگاه صاحب‌نظران از نظر گذشت می‌توان مدل مفهومی زیر را برای زیر-وجوه مختلف مؤثر در توسعه وجه پنجم تصور نمود (تصویر ۳).



تصویر ۳- مدل مفهومی جزئی: چارچوب نظری برای زیر-وجه توسعه وجه اجتماعی-زیستی محلی بر اساس مطالعات

بر مبنای مدل مفهومی جزئی که به دست آمد، اگر با نگاهی کمتر متوجه زمینه با توجه به زیروجه‌های بیان شده به موضوع بنگریم، می‌توان برخی ویژگی‌های وجه پنجم را همپوشان با برخی از چهار وجهی که قبلاً بیان شده است تلقی نمود. داشتن همپوشانی وجه پنجم با دیگر وجوه به معنای عدم اعتبار وجه پنجم نیست اما بایستی در نظر داشت اگر همپوشانی‌ها زیادتر از حد باشند، استقلال وجه پنجم کم خواهد شد. اما به نظر می‌رسد که این وجه شخصیت خاص خود را داراست زیرا مساله مهم آن است که در نگاه وابستگی طراحی به زمینه اجتماعی-محلی در طراحی محیط‌های درمانی، وجه اجتماعی-زیستی-محلی، یعنی وجه پنجم بایستی فارغ از چهار وجه دیگر، اهمیت داشته باشد. در این بخش از تحقیق درباره موضوعیت وجه پنجم، تصمیم‌گیری نهایی نمی‌شود و با این منطق که در هیچ یک از چهار وجهی که قبلاً به آنها اشاره شده است، وجه اجتماعی-محلی اتاق بستری مورد تمرکز نبوده است می‌توان فعلاً به این وجه به صورت مستقل قائل بود و تصمیم‌گیری برای تدقیق این امر را در ادامه تحقیق به بخش تحلیل‌های مطالعات میدانی موکول کرد. به این ترتیب، علاوه بر چهار وجهی که به طور کلی برای مطلوبیت اتاق‌های بستری بیان شد، با حساسیت ویژه نسبت به مدخل وجه اجتماعی در اتاق بستری، می‌توان در جستجوی یافتن کدهایی بود که بیماران مطرح می‌نمایند و با تطبیق آنها در ارتباط با یافته‌های کتابخانه‌ای در مدل مفهومی زیر-وجه توسعه اجتماعی-زیستی محلی بر اساس آنها، پرسش تحقیق را تا رسیدن به پاسخ دنبال نمود.

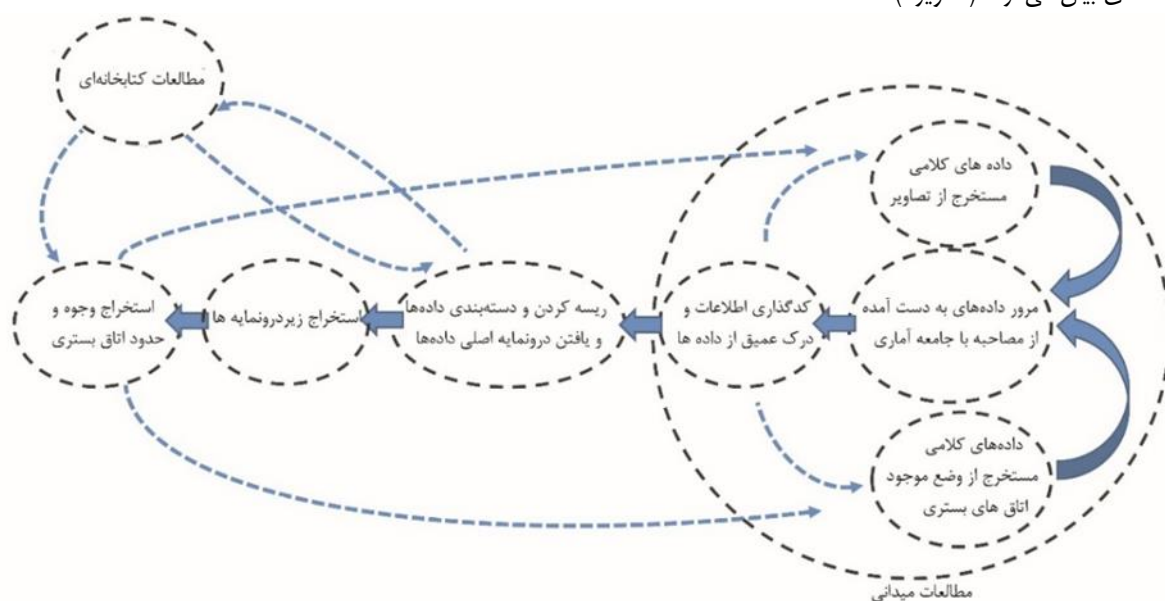
روش تحقیق

روش پژوهش از نظر هدف، کاربردی و به لحاظ محتوا، از نوع روش تحلیل محتوای کیفی است. فرآیند انجام کار توصیفی-تحلیلی با استفاده از مطالعات کتابخانه‌ای و پیمایش میدانی است. پرسش از جایگاه معماری اتاق بستری و فهم ویژگی‌های کیفی آن، این امر را دارای التزام می‌کند که در تحقیق حاضر، در حوزه نظری، آرای صاحب‌نظران در این ارتباط جمع‌آوری و تحلیل گردد. از سوی دیگر، تحلیل محتوا بر اساس تلقی و انتظارات بیماران مبتلا به سرطان از مفهوم اتاق بستری مطلوب انجام شود. در این مسیر، با رجوع به منابع کتابخانه‌ای درباره اهداف و سوال پژوهش، به جمع‌بندی از محورهای اساسی مطلوبیت اتاق بستری پرداخته شد که در بخش پیشین از نظر گذشت. جمع‌بندی مورد نظر، یک مدل مفهومی کلی و یک مدل مفهومی جزئی را پیش روی نگارندگان ایجاد نمود که بر اساس آنها مطالعات میدانی آغاز شد. به بیان دیگر، با پیشینه ذهنی دو مدل مفهومی، سمت و سوی سوالات میدانی تا حدودی مشخص شد و تحقیق به دنبال آن بود که آیا مولفه‌های بیان شده در دو مدل مفهومی مستخرج شده از آرای صاحب‌نظران، دغدغه بیماران نیز هستند؟ چه مواردی افزون بر آنها از سوی بیماران بیان خواهد شد؟

همانطور که بیان شد بخش میدانی، معطوف به دیدگاه بیماران است که داده‌های آن از طریق رجوع به بیماران به واسطه استفاده از تصاویر، با تدبیر مرتب کردن هدایت شده توسط بیماران، بررسی و دسته‌بندی می‌شوند. لذا، از نوعی رویکرد نشانه‌شناسانه مبتنی بر سوژه‌هایی که در عکسهای اتاق‌های بستری به چشم مخاطبان می‌خورد، بهره گرفته خواهد شد. این رویکرد که در حوزه روانشناسی نیز به کار می‌رود دارای مزایا و معایبی است. در مزایا باید به این نکته اشاره کرد، با دیدن سوژه‌های متعین در عکسها توسط بیماران، احتمالاً برخی مفاهیم پنهان یا کمتر در اولویت ذهنی بیماران در معرض آشکارگی قرار می‌گیرند. اما از معایب این روش، آن است که برخی معیارهای اتاق بستری، با توجه

به محتوای عکسها، بیش تر از حد لازم مورد توجه قرار خواهند گرفت. لذا با اتکای صرف به تصاویر، ممکن است بین مصاحبه کنندگان و بیماران، نکات عمیق تر و بیشتری رد و بدل نشود. بنابراین برای جلوگیری از وجه منفی تداخل این عامل مداخله گر، تصمیم بر این است که قبل از دیدن تصاویر توسط بیماران، مصاحبه های نیمه ساختاریافته نیز انجام شوند و پس از آن، تصاویر در اختیار بیماران قرار بگیرد تا از جهت دهی به ذهن بیماران تا حد ممکن جلوگیری شود.

به این ترتیب، علاوه بر داده های مرتب کردن تصاویر توسط بیماران، شاخص ها و معیارهای مطلوبیت اتاق بستری از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته با بیماران، و توصیفات آنها از تجارب شخصی خود از اتاق های بستری در طول درمان کدگذاری می گردد. در نهایت کدهای به دست آمده به واسطه یافتن ویژگی ها و ابعاد آنها در دسته های اصلی نامگذاری شده و مقولات، قالب وجوه کلی را خواهند ساخت. لازم به ذکر است در تمامی مراحل کدگذاری، برداشت تحلیلی و تفسیری از داده ها مد نظر است. پس از تحلیل محتوای اطلاعات به دست آمده از بخش میدانی و مقارنه آنها با مدل های مفهومی کلی و جزئی در مطالعات نظری، وجوه افتراق و اشتراک برای تحقیق روشن خواهد شد. در نهایت با رفت و برگشت های متعدد به حوزه نظر و میدان نتایج مورد تدقیق قرار خواهند گرفت. در ادامه، دیاگرامی برای تعامل دو بخش میدانی و کتابخانه ای بیان می گردد (تصویر ۴)



تصویر ۴- تعامل بخش میدانی و کتابخانه ای در تحقیق حاضر، مآخذ: نگارندگان

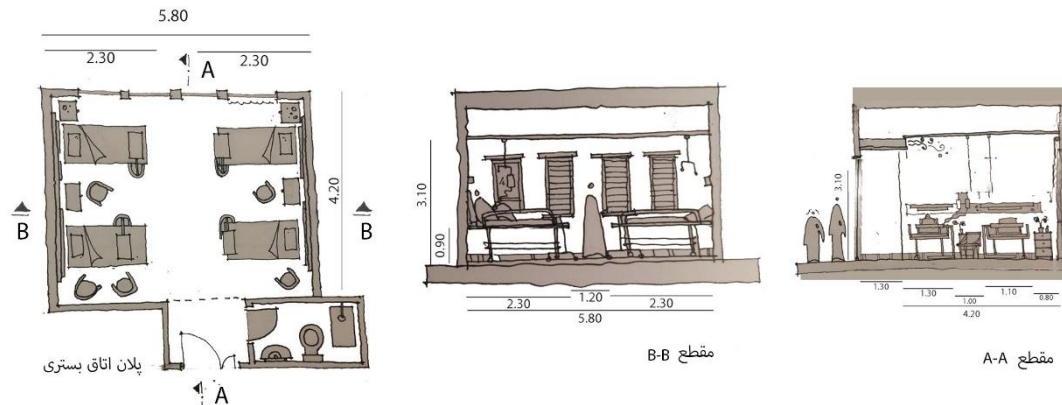
مطالعات میدانی

بخش میدانی تحقیق؛ با حضور در اتاق های بستری بخش انکولوژی بیمارستان های امام رضا (ع) و شهید طالقانی شهر کرمانشاه به مدت حدود سه سال از شهریور ۱۳۹۲ تا مهر ۱۳۹۵ انجام شد. بخش میدانی، شامل سه زیربخش مصاحبه نیمه ساختاریافته با بیماران، در میان گذاشتن پرسشنامه تصویری با بیماران و تطبیق کدهای استخراج شده با مدل های مفهومی مستخرج از مطالعات نظری است که در تصویر ۵، به صورتی شماتیک آرایه شده است.

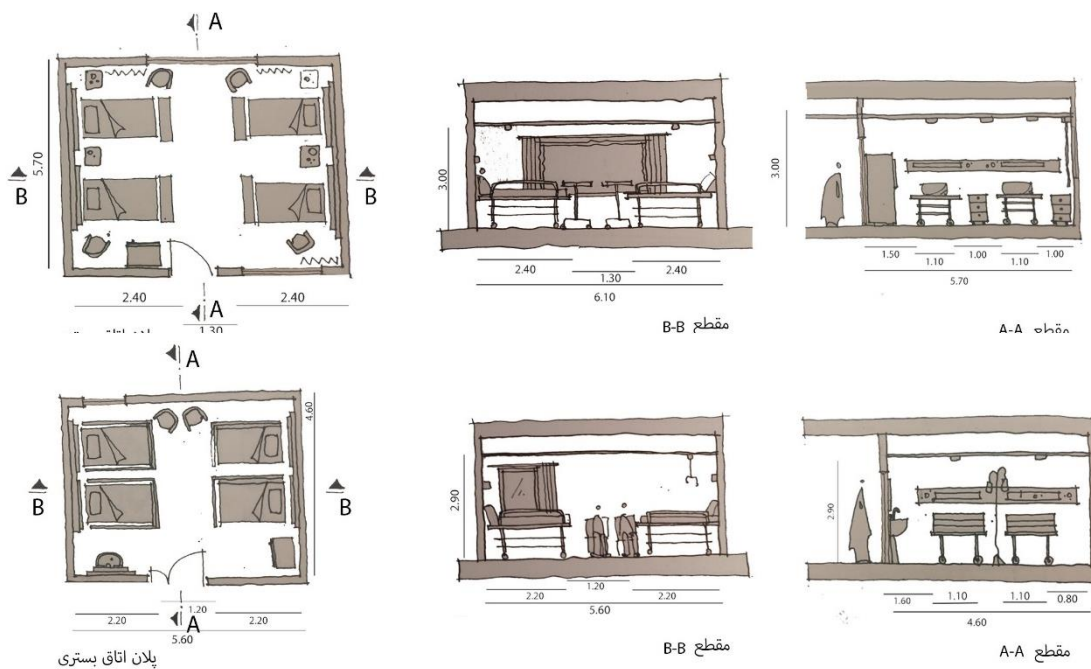


تصویر ۵- فرایند تحقیق میدانی شامل سه بخش مصاحبه نیمه ساختار یافته، پرسشنامه تصویری و مقایسه تطبیقی نتایج دو یافته با دو مدل مفهومی کلی و جزئی برآمده از مطالعات نظری

در توصیف اتاق‌های بستری مورد مطالعه که هر یک گنجایش ۴ فرد بیمار را داشتند، موارد زیر قابل بیان هستند: هر یک از اتاق‌های بستری بیمارستان امام رضا^(ع) دارای مساحت حدود ۲۴ مترمربع بودند (تصویر ۶) مساحت اتاق‌های بستری در بیمارستان طالقانی در تصاویر ۶، حدود ۳۴ مترمربع و حدود ۲۵ متر مربع است. ارتفاع اتاق‌ها در هر دو بیمارستان نیز بین ۲/۹۰ متر تا ۳/۱۰ متر متغیر است (تصاویر ۸-۶)



تصویر ۶- نقشه‌های اتاق بستری بیمارستان امام رضا^(ع)، راست: برش‌ها و چپ: پلان (اندازه‌ها در کروکی‌ها به متر است)



تصویر ۷- اتاق‌های بیمارستان آیت‌الله طالقانی، راست: برش‌ها و چپ: پلان‌ها (اندازه در کروکی‌ها به متر است)



تصویر ۸ و ۹- نمونه‌ای از راهروها و اتاق‌های بستری بخش انکولوژی بیمارستان امام رضا^(ع)

در جریان تحقیق میدانی، ۳۱ بیمار بومی استان کرمانشاه (شامل ۱۶ زن و ۱۵ مرد) با میانگین سنی حدود ۴۷ سال که تجربه بستری شدن در بیمارستان‌های مورد مطالعه را داشتند به تدریج انتخاب شدند. از میان زنان، ۷ نفر در بیمارستان شهید طالقانی و ۹ نفر در بیمارستان امام رضا^(ع) و از میان مردان، ۵ نفر در بیمارستان شهید طالقانی و ۱۰ نفر در بیمارستان امام رضا حضور داشتند. در بخش اول میدانی، درباره اتاق‌های بستری مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با بیماران مبنی بر نقد آنها از وضع موجود اتاق‌های بستری ترتیب داده شد. اطلاعات توسط نگارندگان یادداشت و چند بار مرور شد تا درک عمیقی از آنها حاصل گردد. پس از کدگذاری داده‌ها، چند مقوله اصلی و مفاهیم سازنده مقولات با وجوه مشترک ریشه شدند و درونمایه‌های نهایی حاصل گردید. بر اساس کدهای بیان شده توسط بیماران؛ عناوینی به عنوان ویژگی‌های اتاق بستری مطلوب از نگاه آنان بیان شد. در بخش دوم میدانی، پرسشنامه تصویری پژوهشگر ساخت، شکل گرفت. بر این مبنا که تعدادی تصویر از اتاق‌های بستری رایج در بیمارستان‌ها با این منطق جمع آوری شد که به نوعی حاوی کدهایی که بیماران به آنها اشاره کرده بودند باشند تا بتوان باب گفتگو را به شکل عمیق تری به بهانه مرتب کردن تصاویر، جویا شد. همچنین برخی تصاویر، حاوی مواردی خارج از بیان قبلی بیماران داشت که گنجانده شدند تا بازخوردهای بیماران نسبت به موارد احتمالی تازه نیز سنجیده شود. ده تصویری که در پی خواهند آمد در پرسش تصویری مورد رویت جامعه آماری قرار گرفتند (تصاویر ۹)



۳



۲



۱



۶



۵



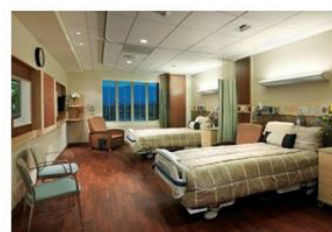
۴



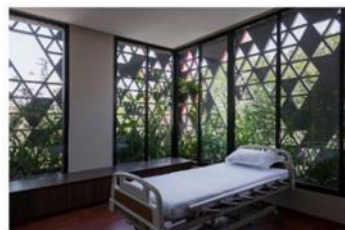
۹



۸



۷



۱۰

تصاویر ۱۰- پرسشنامه تصویری: تصاویر اتاق‌های بستری نشان داده شده به بیماران

بیماران در حالی که تصاویر را به صورتی هدایت شده بر اساس اولویت در مطلوبیت مرتب می‌نمودند، دغدغه‌ها، خواسته‌ها و انتظارات خود را بر زبان می‌آوردند که بیانگر توجه آنها به برخی وجوه متعین یا نبود آنها در تصاویر بود که در یافته‌ها ارایه خواهد شد. در بخش سوم میدانی، دو مجموعه ویژگی‌های اتاق‌های بستری مطلوب در بخش اول و دوم تحقیق در کنار یکدیگر قرار داده شدند تا در بخش سوم، وجوه مشترک و

مفترق آنها استخراج گردد. سپس ما به ازاهای پنج وجهی که برای وجوه اتاق بستری مطلوب از مطالعات کتابخانه‌ای برآمده بود در ذیل هر یک از آنها قرار گرفت. به این ترتیب مشخص می‌شد که وجوه مد نظر صاحب‌نظران در نزد بیماران بومی مشارکت کننده در پرسشها چه وزن و اولویتی داشتند. لذا در تکمیل روش تحقیق، یافته‌های کتابخانه‌ای با بازخوردهایی که به مراحل تحقیق میدانی می‌دادند به استخراج وجوه اتاق بستری مطلوب از نگاه بیماران بومی کمک کردند.

یافته‌های تحقیق

بر اساس جدول ۱، حدود ۷۸٪ از بیماران را افراد اهل روستاها و شهرستان‌های استان کرمانشاه تشکیل می‌دادند و باقی آنها نیز اهل شهر کرمانشاه بودند. فراوانی افرادی که دو تا سه بار بستری شده بودند، حدود نیمی از بیماران را تشکیل می‌داد (جدول ۱)

جدول ۱- اطلاعات دموگرافیک جامعه آماری تحقیق

متغیر	رده‌بندی	تعداد (نفر)	درصد
سن	۱۵-۲۰ سال	۲	۶/۴٪
	۲۱-۴۰ سال	۸	۲۵/۸٪
	۴۱-۶۰ سال	۱۴	۴۵/۲٪
	بیش از ۶۰ سال	۷	۲۲/۶٪
وضعیت تاهل	مجرد	۸	۲۵/۸٪
	متاهل	۲۳	۷۴/۲٪
وضعیت اهلیت	اهل شهر کرمانشاه	۷	۲۲/۶٪
	اهل شهرستان‌ها و روستاهای استان کرمانشاه	۲۴	۷۷/۴٪
سابقه بستری	یکبار	۶	۱۹/۴٪
	دو تا سه بار	۱۴	۴۵/۲٪
	بیش از چهار بار	۱۱	۳۵/۴٪

پس از انجام مصاحبه نیمه ساختار یافته با بیماران، به منظور کشف مفاهیم مورد نیاز پژوهش، نیاز به تحلیل و کدگذاری داده‌های اولیه وجود داشت. این امر با تحلیل سطر به سطر توصیفات، موجب استخراج ایده‌ها، منظور و معانی ذهنی مخاطبان شد که می‌توان این ایده‌ها را دسته‌های بزرگتر و مشترک با سایر مشارکت کنندگان در قالب مفاهیمی نام گذاری کرد. اهمیت این توصیفات در بیان تصاویر ذهنی، خواسته و نیازهای بیماران مبتلا به سرطان از یک اتاق بستری مطلوب می‌باشد. نمونه‌هایی از کدهای بیان شده در مصاحبه نیمه ساختار یافته در پنجره‌های ۱ و ۲ آمده است. سخنان پاسخ دهندگان به صورت ایتالیک نشان داده شده و کدهای مستخرج از سخنان، به صورت پررنگ و غیر ایتالیک آورده شده است.

پنجره ۱- نمونه‌ای از کدهای بیان شده در مصاحبه نیمه ساختار یافته

خانم، مجرد، اهل شهر کرمانشاه، ۲۷ ساله، بستری در بیمارستان امام رضا (ع)

مساله که زیاده، خیلی، (نمود ناسازگاری‌ها) فقط برای اتاق هم نیست، از ورودی گرفته تا آسانسور، پله‌ها، راهروها و ... (دغدغه مسائل مختلف) اصلی ترین چیزی که هست اینه که از به طرف داری با این بیماری دست و پنجه نرم میکنی از طرف دیگه هر سری باید بیای اینجا با سه نفر آدم غریبه و همراهات عیادت کننده هاشون توی به اتاق کوچیک که هیچکس نمیشناسی سر کنی، (غریبه بودن - عدم حس تعلق - ناآشنایی - عدم وجود خلوت - ابعاد کوچک اتاق) هیچ چیزی هم نیست که مشغولش باشن، فقط به همدیگه نگاه می‌کنن... (حریم خصوصی - ارتباط کنترل نشده با دیگران) شاید آدم راحت نباشه به نفر همینطوری زل بزنه بهش، آقایون که دیگه جای خود دارن... (توجه به حریمیت) از طرف دیگه شبها هم خیلی سخته، مادرم میاد پیشم، جای نشستن و خوابیدن درست و حسابی نداره بنده خدا خیلی معذب میشه... (وضعیت نامناسب همراه) آخرشم به غذای بیمارستانی میدن بهمون... (برخی خدمات جانبی نامناسب) البته خدا خیر پرستارا بده، کارشون خیلی زیاده واقعا (درک کادر درمان) عملا به همه نمیرسن و همراهات مجبورن به سری کارارو انجام بدن... (نیاز به توجه و رسیدگی بیشتر از سوی کادر درمان)، اتاق از نظر بهداشتی مدام تمیز می‌شه اما ترجیح می‌دادم بیشتر حس تمیزی می‌داد (نظافت بیشتر)،

پنجره ۲- نمونه‌ای از کدهای بیان شده در مصاحبه نیمه‌ساختاریافته

آقا، متاهل، اهل شهر کرمانشاه، ۵۹ ساله، بستری در بیمارستان آیت الله طالقانی

خدا رو شکر، پرستار و دکتر خیلی زحمت می‌کشن، واقعا شغل سختی دارن، خیلی خسته‌کننده، (درک و قدردانی از کادر درمان) هر مریضی یه چیزی می‌خواد و به همه رسیدن واقعا تشنیه... این بیماری هم که شیره جون آدمو میکشه، (دشواری بیماری و نیاز به درمان های بالینی) هیچی ازت نمیداره، من چند ساله که درگیرم، (طولانی بودن روند درمان) زیاد میام بیمارستان، اوایل زن و بچه هام میومدن (لزوم حضور همراه به لحاظ مراقبت و عاطفی)، دیدم اینطوری نمیشه خیلی اذیت میشن (عدم وضعیت مناسب همراهان)، درد کشیدن من یک طرف، آلودگی بیمارستان و دیدن بقیه مریضا و سختی شب بیداری یک طرف دیگه، الان خودم تنها میام، یکی دو شب هستم و بر می‌گردم، آدم به یه جایی میرسه که فقط میخواد تموم شه، هر ساعت اینجا توی این اتاق، مثل چند روز میگذره (سختی گذر زمان) واقعا خسته‌کننده، (کسالت آور بودن) من با خودم جدول میارم (سرگرمی - گذر زمان)، ولی خب خونه آدم نمیشه، شبها زود خاموش می‌کنن، صبح زودم باید بیدار شی دارو بگیرم... وقتایی که یکم حالم بهتره میرم توی حیاط قدمی میزنم، (نیاز به فضای باز) عالی نیست اما حداقل هوای تازه هست، چندتا درخت هست، (توجه به طبیعت و گیاهان) از اون اتاق میای بیرون، وقتی اینجا یی قدر بیرونو بیشتر میدونی... بعضی وقتا با یکی دو نفر هم آشنا میشم، سر صحبت باز میشه، (همنشینی - هم صحبتی - هم زبانی - توجه به وجه اجتماعی زیستی - محلی) همکاری، هم محله ای، آشنایی پیدا میشه، زمان زودتر میگذره (گذر زمان) ...

پس از آن، مرتب کردن تصاویر ده گانه اتاق‌های بستری قرار داشت. در ادامه، پیاده شدن نظرات و سخنان سه نفر از جامعه آماری به عنوان نمونه آورده شده است (پنجره ۳ و ۴ و ۵)

پنجره ۳- از نمونه کدهای بیان شده توسط پاسخ دهندگان در حین رویت تصویر ۴

خانم، متاهل، اهل شهر کرمانشاه، ۳۱ ساله، بستری در بیمارستان امام رضا (ع)

درباره تصویر ۴:

به نظر بهتر از بقیه اتاق ها باشه... (توضیح نکات مثبت تصویر) یه حس دل‌بازی (دلگیر نبودن)، نور خوب، اینکه هوای تازه در جریان (تهویه طبیعی و آفتابگیری) انگار بوی اتاق های بیمارستانی که همیشه بهم استرس میده رو نداره (بویهای نامطلوب) اینکه میشه رفت (امکانات اتاق - ورود به فضای نیمه باز) بیرون رو دید (ارتباط با محیط بیرون)، شلوغ نیست (خلوت - دوری از هیاهو)، اینجا چهار تا بیمار و با حداقل چهارتا همراهش میارن توی یه اتاق بدون اینکه بشه پرده ایو کشید و کسی رو ندید، یه آمبول میخوان بزنن همه می بینن و واقعا فاجعست (قیاس با وضع موجود - عوامل ناسازگاری)... توی این تصویر خیلی خوبه که کسی نیست، همه وسایل رو لازم نیست بچیونی توی یه کمد کوچیک کنار تخت و مدام با بقیه حرف بزنی یا صداهونو بشنوی... آدم به یه آرامشی، سکوتی نیاز داره بینه اصلا کجاست چه خبره، قراره چه بلایی سرش بیاد نه اینکه همش معذب باشه و با بقیه حرف بزنه و تعارف کنه (تامین فضای شخصی - قلمرو). درسته بعضی وقتا صحبت کردن و شناختن بقیه هم خوبه ولی نه برای هر روز و تمام ۲۴ ساعت (ارتباط کنترل شده با دیگران)... یه جایی مثل خونه باشه، راحت، آرامش باشه (راحتی مثل خانه - حس تعلق)، وسایل نو و تمیز، امکانات پزشکی خوب (امکانات درمانی)، اینجا برای اینکه به حیاط برسی باید ۱۱ طبقه رو یا با پله بری پایین یا اینکه به سختی توی آسانسور جا شی (لزوم توجه به نسبت بیماری و ارتفاع بخش بستری - در دسترس نبودن طبیعت) که اگه با این وضعیت سیستم ایمنی بیماری دیگه ای نگیری شانس آوردی، آخرشم حیاط دوتا درخت نداره (عدم وجود درختان در حیاط بیمارستان) و فقط شلوغیه و خانواده هایی که نشستن اون وسط و آمبولانس و ماشینا که میان و میرن (فضای باز مجزا)... پرستار هم که دیگه حوصله این همه مریض رو ندارن (نقش کادر درمان)...

پنجره ۴- از نمونه کدهای بیان شده توسط بیماران بر اساس رویت تصویر ۲

خانم، متاهل، اهل شهرستان های استان کرمانشاه، 46 ساله، بستری در بیمارستان امام رضا (ع) (برگردان مصاحبه از زبان کردی)

درباره تصویر 2:

این اتاقا خیلی خوب، همه چیز دارن (امکانات مطلوب)، حتما دکتر و پرستار اون خوبن، (کادر درمان - رفتار و تعامل) برای هر بیست تا بیمار یه پرستار نمی‌ذارن، باهاشون خوب حرف میزنن، حرف آدم رو میفهمن (هم زبانی) داروهاشون خوبه، (امکانات درمانی) مثل ما هر روز حالشون بد نمیشه، یهو یه سمت بدنشون بخاره و متورم و قرمز شه یا موهاشون بریزه... اینکه همه جای کافی دارن (فضای کافی) تختا توی دل هم نیستن، اگر میشد یه پرده ای هم داشته باشه خوب بود (تامین قلمرو شخصی) هم میشه راحت خوابید (خلوت) اگه بقیه همراه داشته باشن و معذب نشد (حریم نیمه خصوصی - قلمرو) هم میشه با بقیه حرف زد (ارتباط کنترل شده با دیگران) وقتی آخر شبه یا تنهایی، میدونی زمان اینجا خیلی دیر میگذره باید خودتو با حرف زدن و اینطور چیزا مشغول کنی (سرگرمی - گذر زمان)... مخصوصا برای من همراه ندارم و تنهام ینی با همسرم میام اینجا، ولی اون شب توی ماشین میخوابه، توی پارکینگ بیمارستان (فقدان امکانات برای همراه) روزا هم روش نمیشه بیاد توی اتاق، همه خانمن با همراهاشون (محرمیت - حریم)، این سه روزی که میام شیمی درمانی، بچه ها هم سپردیم به فامیلا تا برگردیم... ولی من خجالت می‌کشم برم اونجا (عدم برقراری ارتباط)، همه چیزش فرق میکنه (متفاوت بودن)، خیلی خوبه، مثل این عکسای که نشون میدن از هتلها و این جور مکان ها، با زندگی ما خیلی فرق داره (عدم برقراری ارتباط - تفاوت)، آدم با ملاقه های بیمارستانی راحت نیست ... چی میگن بهش غریبه است (غریبه بودن - حس تعلق نداشتن - محلی نبودن)... برای ما نیست (محلی نبودن - بومی نبودن - اینجا یی نبودن)

پنجره ۵- از نمونه کدهای بیان شده توسط بیماران بر اساس رویت تصویر ۱۰

آقا، مجرد، اهل شهر کرمانشاه، ۲۴ ساله، بستری در بیمارستان آیت الله طالقانی (برگردان مصاحبه از لهجه کرمانشاهی)

درباره تصویر ۱۰:

خب یه حس خوبی داره، نور (نور طبیعی)، درختا (گیاهان - سرسبزی)، انگار خیلی خنک/این اتاق (هوای تازه)، خیلی خلوت، خیلی تمیزه (نظافت) هیچ کس نیست... آدم خجالت نمیکشه بقیه توی وضعیت بینش (حریم - خلوت - قلمرو)، توی بیمارستان خودمان باید با چندین نفر و همراهشون توی یه اتاق باشی، خیلی بده... درختای پشت پنجره من رو یاد خونه دوران بچگی میندازه، (آشناپنداری - تداعی) یه اتاقی بود که دو طرف پنجره داشت به حیاط، باد میزد به توری روی پنجره ها، ما هم میرفتیم پشت توره‌ها قایم میشدیم (حس تعلق داشتن)... توی محله های قدیم از این مدل خونه ها زیاد بود (محلی بودن - زمینه ذهنی) ... خویشت اینه که معلوم نیست بیمارستانه، انگار خونه است، (راحتی مثل خانه - حس تعلق) وسایل بیمارستان، رنگا، بوها همش استرس داره. (تداعی منفی)

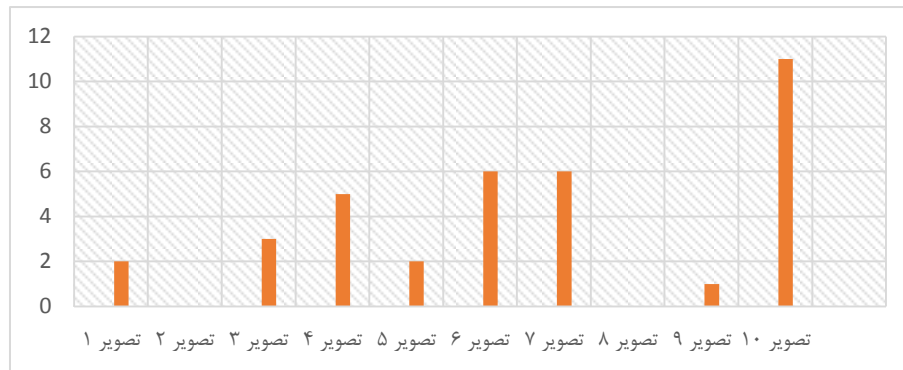
جدول ۲- نتایج بخش اول تحقیق میدانی: یافتن کدها و مفاهیم اصلی و مقولات اتاق بستری مطلوب حاصل از مصاحبه‌ها

کدها	مفاهیم	مقولات	بیماران اشاره کننده به کد	اهمیت اشاره به کد (بر اساس درصد)
۱ دوری از هیاهو/ آلودگی صوتی	خلوت	تعامل با دیگران	۱۰	۳۲٪
۲ تأمین حریم خصوصی	حریم		۱۶	۵۲٪
۳ کمتر در دید بودن دستشویی از اتاق	حریم		۱۸	۵۸٪
۴ امکان برقراری تعامل با بیماران و پرستاران، فهمیدن حرف یکدیگر	هم زبانی		۱۴	۴۵٪
۵ وجود امکان گفتگو با برخی بیماران و همراهان آنها در اتاق بدون مزاحمت برای دیگر بیماران در گوشه‌ای از اتاق	تامل قلمرو		۹	۲۹٪
۶ توجه به سرسبزی و باصفایی	طبیعت - سرسبزی	ارتباط با طبیعت	۱۴	۴۵٪
۷ وجود پنجره‌های مناسب با بازشوهای خوب/ دید و منظر به طبیعت	طبیعت		۱۳	۴۱٪
۸ توجه به آفتابگیر بودن اتاق‌های بستری به خصوص نور صبح	نور		۱۴	۴۵٪
۹ توجه به امکان ورود به فضای نیم باز(ایوان یا تراس برای اتاق بستری)	طبیعت		۲۲	۷۰٪
۱۰ دوری از بوهای نامطلوب/ تهویه/ هوای تازه و طبیعی	هوای تازه/ بیرون	راحتی به مثابه خانه	۱۲	۳۸٪
۱۱ دلگیر نبودن اتاق ها	گشایش فضایی		۲۴	۷۷٪
۱۲ شبیه به بیمارستان نبودن - استرس زایی	راحتی/ آشنایی/ تداعی		۲۴	۸۰٪
۱۳ امکان استفاده از وسایل شخصی - احساس منفی وسایل بیمارستان	شخصی سازی		۱۹	۶۱٪
۱۴ علاقمند به رویت رنگهای گرم در پرده ها، روتختی ها و ...	رنگ ها		۱۴	۴۵٪
۱۵ توجه به مصالح مطلوب	کیفیت کالبد	کالبد اتاق/ تناسبات و ابعاد	۵	۱۶٪
۱۶ فاصله مناسب دستشویی درون اتاق از تخت‌های بستری	دسترسی		۱۹	۶۱٪
۱۷ تناسب میان تعداد بیماران و ابعاد اتاق بستری	فضای کافی		۲۲	۷۰٪
۱۸ تأمین نظافت اتاق و نظافت پذیر بودن آن	نظافت		۲۶	۸۳٪
۱۹ تأمین فضای نشستن و استراحت همراهان	امکانات - اهمیت همراه		۱۹	۶۱٪
۲۰ وجود امکانات اتاق (کمد، تلویزیون، یخچال و...)	امکانات	امکانات اتاق	۲۱	۶۷٪
۲۱ وجود امکانات پزشکی درمانی (دستگاهها و تخت مناسب)	درمان		۲۴	۸۰٪
۲۲ توجه به جنبه‌های محلی، فرهنگی یا مذهبی (مانند هم زبانی با سایرین، توجه به جهت قبله، امکان خواندن مناسب نماز در اتاق، امکان وضو گرفتن بدون استفاده از دستشویی و...)	محلی بودن حس تعلق داشتن	سرزمینی/ بوم	۱۳	۴۱٪

جدول ۳- از یافته‌های بخش اول تحقیق میدانی: استخراج کدهای مد نظر بیماران در مصاحبه درباره اتاق بستری مطلوب در قالب ویژگی‌ها و حدود مطلوبیت آنان

مقولات	کدهای استخراج شده از مقولات	حدود مطلوب ویژگی‌های مقولات
تعامل با دیگران	صحبت کردن دیدن دیده شدن شنیدن صدای دیگران شنیده شدن توسط دیگران تعارف کردن آشنایی / صمیمیت کنترل کردن موارد فوق	خیلی زیاد زیاد متوسط کم خیلی کم صحبت کردن دیدن دیگران دیده شدن توسط دیگران شنیده شدن توسط دیگران تعارف کردن آشنایی با دیگران کنترل کردن موارد فوق
ارتباط با طبیعت	دیدن درختان و فضای سبز دسترسی به فضای سبز استفاده از مظاهر طبیعت در اتاق (مصالح / رنگ / فرم و غیره) حضور در طبیعت وجود فضاهای باز و نیمه باز مرتبط با اتاق بستری نور طبیعی به شرط کنترل مزاحمت هوای تازه به شرط کنترل دما	خیلی زیاد زیاد متوسط کم خیلی کم دیدن درختان و فضای سبز دسترسی به طبیعت حضور در طبیعت فضای باز و نیمه باز نور طبیعی هوای تازه کنترل کردن موارد فوق
راحتی به مثابه خانه	شخصی سازی حفظ حریم بیمار و خانواده فضای فراخ امکان حضور خانواده و همراهان بدون مزاحمت برای دیگر بیماران سلسله مراتب از بیرون اتاق (راهروها) به داخل اتاق متناسب با الگوی زندگی مردم بومی حس تعلق قلمرو	خیلی زیاد زیاد متوسط کم خیلی کم شخصی سازی حریم خصوصی هندسه و تناسب پیچیده تر فضای فراخ حضور خانواده و همراهان سلسله مراتب از بیرون به درون متناسب با الگوی زندگی مردم کرد
کالبد اتاق	هندسه و تناسبات ارتفاع اتاق بستری ابعاد اتاق بستری مصالح سازگار با زمینه زندگی (احساس گرم بودن، نرم بودن و نظافت پذیر)	خیلی بلند بلند متوسط کوتاه خیلی کوتاه خیلی بزرگ بزرگ متوسط کوچک خیلی کوچک خیلی پیچیده پیچیده زیاد ساده کم خیلی ساده خیلی کمر
امکانات درمان	تجهیزات پزشکی / تخصص درمان داروها و روند درمان پزشک و پرستاران / نظارت پرستاران / گشاده رویی	خیلی زیاد زیاد متوسط کم خیلی کم تجهیزات درمانی دارو و روند درمان پزشک و پرستار امکانات اتاق
مربوط به سرزمین / بوم	جایگاه دین و مذهب هم زبانی میان بیماران با یکدیگر و پرستاران جنسیت و محرمیت تعاملات فرهنگی	خیلی زیاد زیاد متوسط کم خیلی کم دین و مذهب همزبان - بیماران - کادر درمان سک زندگی

نتایج مرتب نمودن تصاویر توسط بیماران در نمودار ۱ آمده است و حاکی از آن است که تصویر ۱۰ دارای بیشترین مطلوبیت است و تصاویر شماره ۲ و ۸ نیز به عنوان اولویت اول تا پنجم افراد انتخاب نشدند. تصاویر ۶ و ۴ و ۷ از جایگاه مطلوبیت دوم در نزد بیماران برخوردارند.



نمودار ۱- از نتایج بخش دوم تحقیق میدانی: نتایج مرتب نمودن ده تصویر توسط بیماران

تحلیل یافته‌ها

بر اساس جدول ۲، مقولاتی که در ریشه شدن کدهای بیان شده توسط بیماران به دست آمده‌اند و از سوی دیگر، نتایج جدول ۳ که به مقولات به دست آمده بر اساس کدها می‌پردازد؛ جدول ۴ به عنوان تناظر میان مدل مفهومی کلی و یافته‌های مطالعه میدانی قابل احصا است.

جدول ۴- بیشترین کدهای مطرح شده از سوی بیماران در تناظر با دسته بندی وجوه در مطالعات کتابخانه‌ای

کدهای دسته بندی شده بر اساس کدهای بیان شده توسط بیماران در مطالعه میدانی (پس از دیدن پرسشنامه تصویری)	کدهای ارائه شده توسط بیماران در مطالعه میدانی (در خلال مصاحبه ها و قبل از دیدن پرسشنامه تصویری)	وجه اتاق بستری بر اساس مطالعه میدانی
ارتباط با طبیعت، مربوط به سرزمین / بوم	معنویت/ توجه به دین و مذهب و باورها	۱ وجه معنایی
تعامل با دیگران	حریم خصوصی بیمار/ حفظ اطلاعات بیماری/ دیده نشدن بیمار هنگام معاینه توسط دیگران/ توجه به همراهان بیماران	۲ وجه اخلاقی و حقوقی
راحتی به مثابه خانه، تعامل با دیگران	خلوت و کنترل محیط/ تسلط بر محیط/ کاهش استرس و ترس/ ایجاد صمیمیت/ شادی/ رنگ/ فضاهای تعاملی/ برقراری ارتباط با دیگران/ نظارت و حضور پرستاران/ تأثیر چیدمان مناسب/ سرگرمی‌های مثبت/ همدلی، مهربانی، گشاده‌رویی کادر درمانی	۳ وجه روانی
امکانات اتاق بستری، درمان، کالبد اتاق	شدت و نوع بیماری/ تخصص کادر پزشکی/ خدمات درمان	۴ وجه جسمانی
مربوط به سرزمین/ بوم، راحتی به مثابه خانه، ارتباط با طبیعت	هم‌زمانی/ هم‌محبتی/ جنسیت هماهنگ/ ارتباطات فرهنگی/ خودمانی بودن	۵ وجه فرهنگی-محلی

یافته‌های جدول ۴، حاکی از آن است که در مقابل هر یک از ۵ وجهی که برای وجوه اتاق بستری بیماران مبتلا به سرطان از مطالعات میدانی استخراج شده است، مصادیقی از سوی جامعه آماری بیان شده است (جدول ۳ و ۴) با توجه به کدهایی که از سوی بیماران مطرح شده است، همپوشانی‌ها میان وجه روانی (در جدول ۴) و وجه اجتماعی زیستی-محلی (مدل مفهومی تصویر ۳) وجود دارد. به طور مثال، بحث رنگ و تأثیر گشاده رویی پرستاران از مصادیق ارزشهای طراحی نسبت به سلامت اجتماعی و مولفه‌های پایداری اجتماعی در ارتباط با بیماران هستند که به عنوان مصادیق موجود در مدل مفهومی جزئی ذیل زیرجوه وجه اجتماعی زیستی-محلی بیان شدند. از سوی دیگر، با توجه به بازخوردهای بیماران، وجه فرهنگی-محلی بسیار شاخص است و توانسته است یک دسته مربوط به خود ایجاد نماید که این دسته نیز همپوشانی‌های قابل توجهی با وجه اجتماعی زیستی-محلی دارند. بیماران بسیار به وجه فرهنگی-محلی متکی بودند و از آن دریچه به نقد و

تحلیل وضع موجود می‌پرداختند. برای مثال، مقایسه اتاق بستری با خانه خود برای هر بیمار به صورتی پیش فرض در ذهن در دسترس بود و خواه ناخواه، آن مقایسه، ویژگی محلی بودن و الصاق بیشتر به زمینه را پیش می‌کشید. تعریف قلمروهای خصوصی، نیمه خصوصی، نیمه عمومی و عمومی بیماران در اتاق بستری چه در هنگام معاینات پزشکی و چه در هنگام تزریق داروها یا استراحت و چه در هنگام ملاقات‌ها برای بیماران بسیار مهم بود. تعریف قلمروها در نزد آنان با تعریف فاصله‌ها از خصوصی تا عمومی متأثر از فرهنگ زمینه، زن و مرد بودن، پیر و جوان بودن، روستایی و شهری بودن و غیره بود که مداخله گره‌های مهمی در تدقیق این امر در بیمارستان‌های محلی و بومی استانها به ویژه برای افراد بومی هر استان هستند. به عبارت دیگر، مفهوم حس تعلق هر چند کوتاه مدت، به اتاق بستری بیماران، بسیار تابع تعیین قلمروهای رفتاری، پزشکی، و ملاقاتی بیماران بود و همچنین در نسبت با اتصال آنان به طبیعت زمینه اهمیت داشت. لذا هم به لحاظ جغرافیایی، قابلیت الصاق اتاق به زمینه و هم به لحاظ محلی، ویژگی‌های اتاق که مبین ایجاد حس تعلق به مکان بودند در ذهن افراد بستری، بار عاطفی ویژه‌ای را ایجاد می‌کرد که بایستی به آن بسیار توجه نمود.

در ادامه، جدول ۵ بیان می‌کند که برخی از ویژگی‌هایی که قبل از دیدن تصاویر مد نظر جامعه آماری بود با دیدن تصاویر دوباره بیان می‌شدند و بر آنها تأکید می‌شد اما برخی از موارد که ناظر به وجوه فرهنگی بودند اساساً با رویت تصاویر باب صحبت در موردشان گشوده نمی‌شد. چنین مواردی در بخش وجوه افتراق آمده است. بخش وجوه افتراق قرابت‌هایی با مدل مفهومی جزئی در توسعه وجه اجتماعی زیستی-محلی دارد و برخی از فاکتورهای طراحانه (کالبدی) و غیر کالبدی اما معطوف به بحث پایداری اجتماعی و مراقبت کل نگر از باب اجتماعی مد نظر در آن مدل را مورد تأیید قرار می‌دهد.

جدول ۵- بخش سوم میدانی: مقایسه تطبیقی میان نتایج دو بخش اول و دوم میدانی (کدهای بیان شده توسط بیماران قبل و بعد از دیدن تصاویر)

ردیف	وجوه اشتراک	وجوه افتراق
۱	توجه به باصفایی	دوری از هیاهو/ آلودگی صوتی
۲	وجود پنجره‌های مناسب با بازشوهای خوب/ دید و منظر به طبیعت بالکن/ ارتباط با بیرون	توجه به جنبه‌های محلی، فرهنگی یا مذهبی
۳	توجه به نور مناسب اتاق	علاقه‌مند به رویت رنگ‌های گرم در پرده‌ها، روتختی‌ها و ...
۴	تهویه مناسب اتاق/ دوری از بوهای نامطلوب	فاصله مناسب دستشویی درون اتاق از تخت‌های بستری
۵	تناسب میان تعداد بیماران و ابعاد اتاق بستری	کمتر در دید بودن دستشویی از اتاق
۶	وجود امکانات پزشکی درمانی (دستگاه‌ها و تخت مناسب)	رنگ‌های شاد
۷	تأمین نظافت اتاق و نظافت پذیر بودن آن	وجود گیاهان
۸	وجود امکان گفتگو با برخی بیماران و همراهان آنها در اتاق بدون مزاحمت برای دیگر بیماران در گوشه‌ای از اتاق	
۹	وجود امکانات اتاق (کمد، تلویزیون، یخچال و...)	
۱۰	تأمین حریم خصوصی	
۱۱	توجه به مصالح مطلوب	
۱۲	نشاط آوری و شادی بخش بودن/ دلگیر نبودن	

با استناد به یافته‌ها و همپوشانی‌هایی که وجود دارد، لازم است وجه فرهنگی- محلی و بخشهایی از وجه اجتماعی زیستی-محلی در یکدیگر ادغام شوند و با عنوان وجه درون فرهنگی- محلی در مدل مفهومی کلی بیان گردند. بخش‌های باقی از وجه اجتماعی نیز می‌تواند در وجه روانی یا سه وجه دیگر ادغام گردد و لذا چهار وجهی که در مدل مفهومی کلی بیان شده بودند بنابر یافته‌های میدانی تأیید می‌گیرند.

بحث

به طور کلی، هدف از پژوهش حاضر جستجوی دغدغه‌های بیماران بومی مبتلا به سرطان برای رسیدن به کیفیت لازم در اتاق بستری بیمارستانی مطلوب آنان بود. در بین دغدغه‌ها و نیازها در ابتدا امکانات پزشکی برای بیماران مطرح است یعنی توجه به سلامت جسمانی در اولویت است اما در لایه‌های عمیق‌تر مصاحبه‌ها و پرسش‌ها رفته‌رفته سایر نیازها که ناظر به سلامت روانی در بعد فردی و اجتماعی هستند نیز مطرح شدند. مثلاً حضور بیشتر دلسوزانه پرستاران و همچنین امکان حضور مناسب همراهان که معمولاً از اعضای خانواده بیماران مبتلا به

سرطان هستند برای بیماران مهم بود. مصاحبه‌های باز بیان می‌کرد که تأمین حضور مناسب ایشان به تنهایی بایستی بار عاطفی و جوه روانی، فرهنگی-محلی و تا حدودی معنایی را جبران نماید و این در حالی بود که اتاق‌های بستری مورد مطالعه حاضر برای حضور مطلوب و مناسب همراهان، کاملاً پاسخده نبود و کاستی‌های متعددی داشتند. محققان به اهمیت ارتباط بیمار محور میان بیمار، خانواده و پرستاران پرداخته‌اند و نارضایتی بیماران از عدم توفیق این ارتباط را در سه عامل دسته بندی کرده‌اند: عوامل فرهنگی-اجتماعی همچون غیر همزبانی، جنسیت ناهماهنگ، بی سواد و کم سواد بودن سواد سلامت و تصورات غلط در مورد صمیمیت درمانی، عوامل سازمانی همچون حجم زیاد کار، شیفت‌های اضافی، بی‌توجهی به نیاز بیمار و پرستار، روتین محوری به جای بیمارمحوری و درمان‌های تهاجمی و در نهایت عوامل روان شناختی همچون آسیب پذیری بیمار، مشکلات عاطفی بیمار و آسیب پذیری در پرستاران (رسولی و همکاران، ۱۳۹۲: ۷۵۳).

به موازات تأمین فضای مناسب تعامل درمانی و روانی در اتاق بستری، مطالعه حاضر نشان می‌دهد که وجه اجتماعی ناظر بر فرهنگ زمینه نیز مورد نظر بیماران است. برای مثال، تأمین خلوت بیماران از اولویت‌های آنان در اتاق بستری مطلوب است. یکی از دلایل بیان این نتیجه، در اولویت قرار دادن تصویر ۱۰، برای اغلب جامعه آماری بود که نوعی خلوت و خصوصی بودن از اتاق که در آن فقط یک تخت دیده می‌شود و نوعی کنج فراغت از دیگران در آن قابل استخراج است می‌باشد. عدم انتخاب تصویر ۲ توسط جامعه آماری موید این مطلب است که تعداد زیاد بیماران در اتاق، خوشایند بیماران بستری نیست. اما از سوی دیگر، نکته قابل توجه آن است که تصویر ۸ با آنکه به صورت مشخصی اشاره به خصوصی بودن اتاق می‌کند از مقبولیت برخوردار نیست و بایستی به پارامترهای دیگر آن توجه کرد. از آن میان می‌توان به زیاده از حد لوکس یا شیک بودن و یا به تعبیری خودمانی نبودن اشاره کرد. از سوی دیگر، نوعی شرایط عزلت و ایزوله شدن را برای بیماران به وجود می‌آورد که از نظر روابط اجتماعی حداقلی، بیماران را دچار انزوا می‌کند و طبق بازخوردها در اولویت آنها قرار ندارد. لذا خلوت نیز برای بیماران بومی بایستی متناسب با شرایط فرهنگی و نوعی راحتی باشد تا آنان بتوانند با آن مکان ارتباط برقرار کنند و از سوی دیگر به صورت توانمند نیاز به هم صحبتی و معاشرت با سایرین را پاسخ دهند ولی این نکته ناقض اهمیت نیاز به خلوت به صورتی انعطاف پذیر در اتاق‌های بستری نیست.

با انتخاب تصویر ۶ و ۷ به عنوان اولویت دوم به نوعی می‌توان به پهنه تعداد بیماران بستری در اتاق نزدیک شد. به نظر می‌رسد اتاق‌های دو نفره که در تصاویر ۶ و ۷ به وضوح مصادیقی از آنها دیده می‌شود؛ پاسخ‌های بینایی برای تأمین و تضمین خلوت در عین هم صحبتی با دیگران باشند و این دیدگاه متأثر از فرهنگ زمینه است. در مطالعات دیگر نیز به اهمیت و نیاز بیماران به خلوت و کنترل بر محیط پیرامون خود اینچنین اشاره شده است: «تفاوت معناداری میان خلوت از نگاه پرستاران و بیماران وجود دارد که با افزایش طول مدت درمان و نیاز به مراقبت‌های بیشتر (کاهش سلامتی) این دو نگاه به یکدیگر نزدیک می‌شوند. نیاز به حضور هم اتاقی، امکان برقراری تعاملات اجتماعی به صورت اختیاری و حفظ اطلاعات محرمانه بیماری از اصلی‌ترین عوامل مؤثر بر مطلوبیت عامل خلوت از نگاه بیماران است.» (قهرمانیان و همکاران، ۱۳۸۷: ۳۸) همچنین بیان شده است که خلوت در محیط‌های درمانی تابع شرایط فرهنگی، نوع و شدت بیماری، روحیات فردی، طول زمان بستری، روش ارائه خدمات و فعالیت‌های کادر پزشکی است و انعطاف پذیری در طراحی فضا، توجه به خلوت دیداری و شنیداری، رعایت فاصله گذاری ها، سلسله مراتب ورود، تسلط بیمار بر محیط پیرامون، برقراری ارتباط با دیگران، حضور هم اتاقی، توجه به مکانی برای وسایل شخصی و تفاوت جنسیتها از راهکارهای ایجاد آن است (اوحدی و همکاران، ۱۳۹۵).

بحث اولویت تأمین خلوت و معاشرت که در ادبیات کلی موضوع، به عنوان تأمین قلمرو شناخته می‌شود برای بیماران در اولویت قرار داشت. این مفهوم به واسطه سه نوع قلمرویی که آلتمن به آنها اشاره می‌کند (آلتمن، ۱۳۸۲: ۱۳۸). بیان می‌گردند: تأمین قلمروهای اولیه و شخصی بیماران در اتاق بستری به مثابه خانه آنها، قلمروهای ثانویه آنها به واسطه تعاملات و ارتباطات گروهی میان بیماران و در نهایت تأمین قلمروهای عمومی میان بیماران، همراهان و کادر درمان. در این راستا، نشانه‌های کمی این قلمروها و بازخوردهای کیفی آن در کدهای برآمده از مصاحبه ها و مرتب کردن تصاویر وجود داشت. این قلمروها به واسطه فواصل میان بیماران قابل تعریف است که مشابه مفهومی است که هال از آن با عنوان حباب‌های نامرئی اطراف انسان ها یاد می‌کند (هال، ۱۳۹۲: ۱۳۶).

به فاصله کمی از بحث تنظیم قلمروها در اتاق‌های بستری؛ تصویر شماره ۴ نیز در اولویت بعدی قرار می‌گیرد زیرا هم فضای خلوت به صورتی نسبتاً ساده مهیا شده است و مهمتر از آن امکان حضور و دسترسی به فضای نیم باز است که در آن مکان فراهم شده است. بنابراین دسترسی به فضای نیم باز در مجاورت اتاق بستری از انتظارات جامعه آماری است و قرابت خاصی با شیوه زیستن در مناطق روستایی و شهرهای کوچک زمینه مورد مطالعه در تعامل سکونت با استفاده از ایوان ها دارد. سخن گفتن از چنین مقولاتی، همپوشانی جدی با بحث حس تعلق دارد که از بابت عاطفی، همبستگی بسیاری را با تشویق افراد به ماندن و استقرار در محل سکونت خود دارد. در بیمارستان که قاعدتاً سکونت

موقت مورد نظر است، این امر به اندازه سکونت در خانه‌های افراد پر رنگ نیست اما با توجه به بازخوردهای پرسش شوندگان، انتظار بر این است که حداقل‌هایی در این امر لحاظ گردد تا بیماران حس سکونت را هر چند موقت، داشته باشند. این نیاز در بیمارانی که سابقه بستری بیش از یکبار را داشتند و به مرور تجربه بستری شان بیشتر می‌شد، با بیان کدهایی که نشانه‌هایی کمی و کیفی در ارتباط با تحقق این امر بودند از ملزومات به نظر می‌رسد.

در اولویت بعدی، بحث توجه به محیط و مولفه‌های آرامش بخش یا کاهش دهنده استرس در اتاق‌های بستری بیماران بومی مبتلا به سرطان مطرح بود. مبدا نتیجه‌گیری برای چنین انتظاری از اتاق‌های بستری علاوه بر مصاحبه نیمه ساختاریافته، در انتخاب تصویر ۱۰ که مولفه سربیزی فضای طبیعی مجاور اتاق بستری در آن غالب است وجود دارد. مرتبط با این بحث، مطالعاتی انجام شده است: شناخت مولفه‌هایی از منظر طبیعت‌گرایی که سبب درک بهتر بیماران از محیط و رضایتمندی آنها می‌شود (آل رضامیری و همکاران، ۱۳۹۸). در مطالعه موردی مشابه که در اتاق‌های بستری بیمارستان‌های شهر همدان بررسی شده بود؛ نتیجه‌ای همسو با تحقیق حاضر حاصل شد: «بیماران بیشتر ترجیح می‌دادند در اتاقی بستری باشند که دارای پنجره‌های بزرگ و مشرف به گیاهان سبز باشد که باعث کاهش افسردگی و بهبود روحیه شان شد.» (تاجر و مستقیمی، ۱۳۹۵: ۲۸۳)

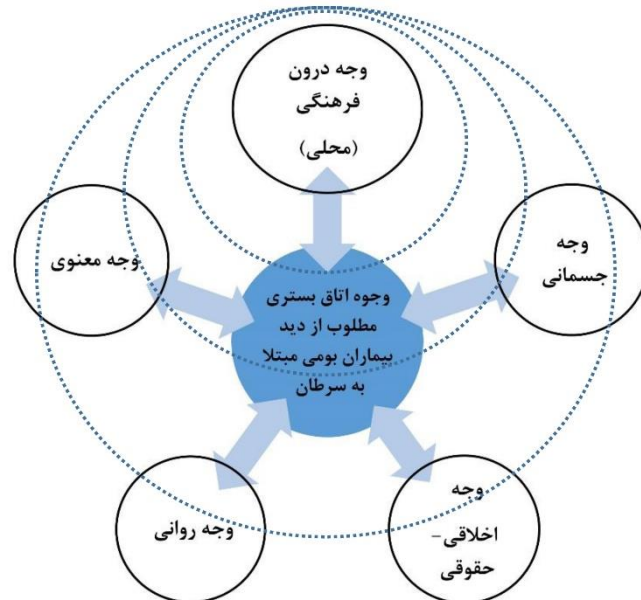
در اولویت‌های بعدی، تصویر ۳ انتخاب شده است که نشان از وجود یک پنجره نورگیر با قابلیت رویت منظر از درختان و آبی آسمان دارد. پنجره‌ای که بیمار بستری روی تخت می‌تواند سهمی از منظر بیرون را از آن قاب دریافت کند و به نوعی ارتباط بصری با محیط طبیعی بیرون اتاق را حفظ نماید. این مساله نیز برای بیماران بومی بسیار حائز اهمیت بود و نشان از نوعی نوید و امید برای آنان بود و با پیشینه زندگی آنان در محل سکونتشان قرابت داشت. در بحث دقیقتر، قابل ذکر است که منظر نزدیک به منظر محل سکونت آنان که با مصادیق طبیعت از جمله درختان، آسمان و حرکت ابرها ارتباط نزدیکی برقرار می‌کند و فقط آنها را از دور دست‌ها نظاره نمی‌کنند؛ از تفاوت‌های مهم منظر مورد انتظار بیماران بود. با توجه به اظهارات بیماران، چنین کیفیاتی در اتاق‌های بستری طبقات بالای بیمارستان کمتر محقق می‌شود زیرا نوعی نگاه از بالا به پایین به منظر می‌شود در حالیکه در منظر محلی که آشنا به چشم بیماران است؛ حضور در طبیعت و یکی بودن با آن، تلقی است که از منظر محلی می‌شود و با اتاق‌های موجود بستری محل مطالعه فاصله داشت. از طرفی اتاق‌های طبقات پایین نیز منظر طبیعتی برای عرضه به بیماران نداشتند. اگر چه بیماران بومی تجربه زندگی در مناطق کوهپایه‌ای را بسیار دارند و از بالا نیز به مناظر مشرف می‌شوند اما نگاه به منظر پشت پنجره بیمارستان را دارای فاصله زیادی از منظر طبیعت که قبلاً تجربه کرده‌اند می‌دانند زیرا چنان پنجره‌هایی امکان حضور در طبیعت را برای ایشان فراهم نمی‌کند و تنها تصویری از آن را ارائه می‌دهد. در تحقق چنین کیفیتی اندازه، تناسب پنجره‌ها و همچنین فاصله شان از کف و نوع بازوها از عوامل مداخله گر مهم بیان می‌شود.

در تحقیق حاضر؛ عامل بومی بودن بیماران که ثابت نگه داشته شده بود سبب شد ارتباط با طبیعت و ادراک از فضای نیم‌باز، باز و بسته از اولویت‌های مطلوبیت اتاق‌های بستری محسوب گردد. لذا به نظر می‌رسد در شهرهایی که هنوز پیوند اجتماعی قوی با بافت‌های روستایی خود دارند و سکونت محلی در کالبد متناسب با آن هنوز جاری است در طراحی اتاق‌های بستری بیمارستان‌های مختص بیماران مبتلا به سرطان بایستی محلی‌تر اندیشید تا میزان مطلوبیت اینگونه فضاهای بستری در نزد بیماران بومی این مناطق و حس تعلق آنان به محیط درمان بیشتر تأمین شود و احیای محیط برای آنان بیشتر باشد. همانطور که در تحلیل تصاویر نیز قبلاً بیان شد از مصادیق این امر می‌توان به اهمیت وجود فضاهای نیم باز در مجاورت اتاق‌های بستری اشاره کرد که امکان ارتباط با طبیعت و منظر را به صورت نزدیک تری با محیط زندگی افراد بومی فراهم می‌آورد. از دیگر موارد که در انتخاب تصاویر به آن اشاره‌ای نشد اما در مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته درباره آنها سخن به میان آمد؛ فرهنگ و باورهای مذهبی در میان مردم بومی هر منطقه است که ناظر به وجه معنوی است. مثلاً حضور مذاهب مختلف در استان کرمانشاه سبب می‌شد که باورهای آنان در ارتباط با پاسخدهی اتاق نسبت به عبادات، نیاز به ساماندهی و اصلاح داشته باشد. به طور مثال می‌توان به متفاوت بودن نحوه وضوگرفتن شیعیان و اهل تسنن اشاره کرد.

مطالعات انجام شده نشان می‌دهد وجوه مطرح شده برای اتاق بستری در یک سطح نیستند و به صورت ظلی لایه قبل از خود را شامل می‌شوند. به بیان دیگر، بدون تحقق وجه جسمانی در اتاق بستری نمی‌توان انتظار تحقق وجه روانی یا سایرین را داشت. منطق این بیان به لزوم درمان جسم و جان به صورت توأمان بازمی‌گردد. تأمین وجه جسمانی اتاق بستری در نگاه حداقلی محدود به فراهم نمودن یک اتاق درمان بالینی با امکان تهویه، تنظیم نور طبیعی و مصنوعی، فراهم نمودن تجهیزات پزشکی و امکانات مختصر رفاهی است. در حالیکه در نگاه حداکثری؛ هر یک از موارد گفته شده بسط می‌یابد و بیماران می‌توانند از آنها بهره مند گردند. در پوشش حداکثری تا حداقلی جنبه‌های نامبرده، عوامل مداخله گر متعددی همچون بعد اقتصادی و برنامه ریزانه در نگاه تصمیم گیران و طراحان مؤثرند.

نتیجه گیری

با توجه به آرای صاحب نظران و همچنین مطالعه موردی حاضر، ضرورت دارد اتاق بستری بیماران مبتلا به سرطان؛ از هر پنج وجه معنایی، اخلاقی و حقوقی، روانی، جسمانی و فرهنگی-محلی (درون فرهنگی یا محلی)، پاسخ‌هایی مطلوب را برای بیماران فراهم آورد تا بتواند به عنوان اتاق بستری مطلوب آنان به ایفای نقش بپردازد. در جوامع پیشرفته، انتظارات از وجوه جسمی، روانی و تا حدودی اخلاقی-حقوقی اتاق‌های بستری، اتاق‌های به روزی را فراهم کرده است که علاوه بر نیازهای درمانی بیماران، برای فراهم ساختن کیفیت اقامتی لازم برای اقامت کوتاه مدت و القای حس سکونت متناسب با زمینه فرهنگی-اجتماعی-محلی زندگی بیماران حرکت کرده‌اند و در وجه‌هایی از خود به فضای سکونت انسانها در خانه شباهت یافته‌اند. لذا در این حالت برای تقرب به مطلوبیت وجه فرهنگی-محلی حرکت کرده‌اند. بنابراین در مورد بعد پنجم، که به نوعی تلاش می‌کند تا تعلق اتاق‌های بستری را به زمینه‌های فرهنگی بیماران متصل تر نماید تلاش‌های جدی در حال انجام است. تحقیق حاضر با تأکید و توسعه وجه پنجم، یعنی بعد فرهنگی-محلی تلاش کرد نظرات تعدادی از بیماران بومی مقیم در اتاق‌های بستری دو بیمارستان مورد مطالعه را مورد بررسی و تحلیل قرار دهد. در این راستا مشخص شد که علاوه بر اولویت‌های بیماران در ارتباط با کامل بودن تجهیزات پزشکی و درمان و بهداشت اتاق، عوامل متعدد دیگری که قابلیت تعمیم در سایر اتاق‌های بستری را نیز دارند حائز اهمیت هستند. به طور ویژه وجه فرهنگی-محلی که مانند چتری سایه بر سایر وجوه نیز می‌افکند ناظر بر انتظارات ویژه‌ای از اتاق‌های بستری بود که بیماران مقیم از آنجا که زمان زیادی را در آنها سپری می‌کردند نسبت به آنها دغدغه داشتند (تصویر ۱۱).



تصویر ۱۱- پنج وجه دارای تأثیر و تأثر بر اتاق بستری مطلوب از نگاه بیماران بومی مبتلا به سرطان

ارتباط با طبیعت به صورتی دست یافتنی و نزدیک به زندگی مردم محلی استان کرمانشاه به ویژه در فضاهای نیم باز، امکان هم صحبتی و معاشرت با افراد هم اتاقی هم زبان و همراهانشان و از سویی، حفظ خلوت و حریم بیماران از اولویت‌های بیان شده توسط آنان بود. به بیان بهتر، ویژگی‌هایی که سبب تقویت حس تعلق بیماران به اتاقشان می‌شد هر چند کوتاه مدت باشد برای آنها بسیار مهم بود و همبستگی ویژه‌ای با تعریف قلمروها از خصوصی تا عمومی برای ایشان داشت. همچنین امکانات اتاق و تناسب آنان با حضور همراهان مد نظر اغلب بیماران مطرح شد. در جمع بندی حدود فرهنگی-محلی اتاق‌های بستری مناسب بیماران بومی، موارد زیر در آرای بیماران به نظر می‌رسند: خودمانی بودن، ارتباط نزدیک و ملموس با طبیعت از طریق بازشوهای اتاق همچون پنجره ها یا در-پنجره‌های منتهی به ایوان، وجود ایوان برای ادراک آسمان، درختان، چشم انداز کوه، کوران هوا، صدای پرندگان، و کنترل خلوت و تنظیم قلمروهای بیماران و همراهان در عین حال امکان معاشرت و همزبانی با سایرین، تناسب امکانات رفاهی و خدماتی اتاق متناسب با کاربری‌های محلی-مذهبی بیماران.

در جمع بندی، انتظارات بیماران از وجه درون فرهنگی اتاق‌های بستری مطلوب در دو مفهوم قلمرو و حس تعلق از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در مفهوم قلمرو، تعریف مناسبتر قلمروهای بیماران در نسبت با فعالیتهای مختلف در اتاق بستری مهم است. قلمرو از خصوصی تا نیمه

عمومی در فعالیتهای مختلف اتاق بستری از جمله استراحت بیماران، معاینات روزانه بیماران توسط کادر درمان، استفاده از دستگاههای پزشکی، استفاده از سرویسهای بهداشتی، استفاده از امکانات خدماتی اتاق همچون یخچال و تلویزیون و ... حضور مناسب همراهان در شبانه روز در کنار بیماران و غیره برای تصمیم گیری در اندازه‌های کمی و کیفی که طراحان در اتاق‌های بستری در نظر می‌گیرند مداخله خاص دارد. در این راستا، تنظیم کمّیاتی همچون تعداد بیماران در یک اتاق بستری به تناسب زیربنای آن (سرانه هر بیمار)، نقش تعیین کننده‌ای در امکان فراهم شدن کیفیت خلوت و انواع قلمروهای از خصوصی تا نیمه عمومی بیماران دارد.

در مورد حس تعلق و درخواست بیماران برای افزایش آن در اتاق‌های بستری، در مورد بیماران مبتلا به سرطان، مسوولیت طراحان را نسبت به سایر اتاق‌های بستری بیمارستانی سنگین تر نیز می‌کند زیرا تلاش برای میسر نمودن آن با امیدبخشی به چنین بیمارانی گره خورده است و از نیازهای عاطفی و مهم چنین بیمارانی تلقی می‌گردد. طراحان برای محلی تر اندیشیدن به این مقوله، بایستی تلاش کنند تا شناخت عمیق تری از زمینه طراحی که مرتبط با بوم، جغرافیا و همچنین فرهنگ زمینه است برای طراحی بیمارستان‌ها و لاجرم اتاق‌های بستری بیشتر وابسته به زمینه حاصل نمایند. گفتگو و مصاحبت با بیماران مبتلا به سرطان، به طور کلی و به طور خاص، مشاهده مشارکتی در اثر حضور در اتاق‌های بستری بیماران مبتلا به سرطان در هر بوم، سبب می‌شود فهمی عمیق تر و از نزدیک تر از رفتارها، انتظارات و در نهایت زندگی کاربران چنین اتاق‌هایی برای طراحان حاصل شود که کیفیت‌هایی علاوه بر اعمال استانداردها را برای اتاق‌های بستری به ارمغان خواهد آورد. به این ترتیب، به نظر می‌رسد رویکرد طراحی چنین فضاهایی به عنوان مکمل درمانهای بالینی بتواند نقش مناسبتر و تأثیر گذارتری در التیام بیماران و یا حتی روند بهبود آنان ایفا کند.

با توجه به مطالعه انجام شده به نظر می‌رسد هر چه بیماران مبتلا به سرطان به ویژگی‌های محلی خود متصل تر باشند، بعد پنجم که ناظر بر وجه محلی اتاق بستری آنان است در طراحی چنین فضاهایی نیاز به تقویت بیشتری دارد. به بیان دیگر، در جوامع محلی تر، نقش مولفه پنجم پر رنگ تر می‌شود در حالیکه در جوامع کمتر محلی، شاید این مولفه بتواند در چهار وجه دیگر جذب شود. لذا لازم است اتاق‌های بستری بیماران بومی مبتلا به سرطان در بیمارستان‌های استانهای کشور، با کیفیات سکونت مردم بومی آنان نسبت داشته باشد تا آنها کمتر احساس غریبگی با محیط جدید که مکمل درمان و احیاگر می‌تواند باشد داشته باشند و امکان امیدبخشی و یا کاهش استرس در آنان بهبود یابد. در مسیر برآورده نمودن پنج جنبه‌ای که مطرح شد بایستی عوامل مداخله گر متعددی از جمله مدیریت، اقتصاد، باور به اهمیت کیفیات کالبدی محیط درمانی در روحیه و امید بخشی بیماران مبتلا به سرطان به خصوص در محیط‌های درمانی بومی بسیار مورد توجه تصمیم گیران قرار گیرند. از سوی دیگر؛ طراحان بایستی به مسائلی که مطرح شد اذعان و باور داشته باشند تا بتوانند توسط کالبد معماری جنبه‌های مختلف اتاق بستری را برای بیماران بومی مبتلا به سرطان تا حدود زیادی مناسب و مطلوب نمایند.

منابع

- آلتمن، ا. (۱۳۸۲). محیط و رفتار اجتماعی خلوت، فضای شخصی، قلمرو و ازدحام. ترجمه علی نمازیان. انتشارات دانشگاه شهید بهشتی. تهران
- آل رضامیری، م.، حبیب، ف.، و شاهچراغی، آ. (۱۳۹۸). ارزیابی مولفه‌های کیفیت محیط فضای بیمارستانی از منظر طبیعت گرایی (مورد پژوهی بیمارستان شریعتی تهران). مدیریت بهداشت و درمان. ۱۰ (۴): ۲۱-۳۷
- اوحدی، ل.، حجت، ع. و قرائتی، م. (۱۳۹۵). اهمیت خلوت بیمار در طراحی معماری محیط‌های درمانی به منظور ارتقاء کیفیت درمان و بهبودی آن‌ها. نامه معماری و شهرسازی. ۱۶: ۱۴۷-۱۶۲
- بهرامی، م.، موسوی زاده، ر.، احمدی فراز، م.، و شیروانی، ع. (۱۳۹۶). دغدغه بیماران ایرانی مسلمان مبتلا به سرطان در مراحل آخر زندگی: یک مطالعه کیفی. مجله بالینی پرستاری و مامایی. ۶ (۴): ۳۲-۴۱.
- تاجر، س.، مستقیمی، پ. (۱۳۹۵). تأثیر حضور طبیعت در فضای داخلی و خارجی محیط‌های درمانی بیماران سرطانی به منظور افزایش کیفیت زندگی، مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۰ (۳): ۲۸۹-۲۷۶.
- حاتمی‌پور، خ.، رسولی، م.، یغمایی، ف.، علوی مجد، ح.، و زنده‌دل، ک. (۱۳۹۳). نیاز مذهبی بیماران مبتلا به سرطان: مطالعه کیفی، فصلنامه فقه پزشکی. ۲۰-۲۱: ۱۶۹-۱۴۱.
- حجت، ع.، ابن‌الشهیدی، م. (۱۳۹۰). بازتعریف فضای بستری در بیمارستان اطفال بر مبنای ارزیابی و تحلیل نیازهای کودکان با رویکرد کاهش ترس از محیط، نشریه هنرهای زیبا، ۴۸: ۴۳-۳۳.

- رحیمی، ش.، فداکار سوقه، ک.، تبری، ر. و کاظم نژاد لیلی، ا. (۱۳۹۲). بررسی ارتباط سلامت عمومی مادران با کیفیت زندگی کودکان مبتلا به سرطان. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۹ (۲): ۹۳-۱۰۸
- خانی زاد، ش. (۱۳۹۱)، طراحی بیمارستان، اصول و مبانی معماری و طراحی داخلی بیمارستان‌ها. ترجمه: الناز رحیمی و نغمه نظرنیا، نشر هنر معماری قرن، تهران.
- رسولی، م.، زمان زاده، و.، عباس زاده، ع.، نیکانفر، ع.، علوی مجد، ح.، میرزا احمدی، ف. و قهرمانیان، ا. (۱۳۹۲). موانع برقراری ارتباط بیمار محور: تجارب بیماران مبتلا به سرطان، اعضای خانواده و پرستاران آن‌ها. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه. ۵۱: ۷۵۳-۷۶۴
- شامقلی، غ.، یکی‌تا، ح. (۱۳۹۰). مفاهیم پایه در طراحی بیمارستان. انتشارات سروش اندیشه. تهران.
- طاهری، ش.، شبانی، ا. (۱۳۹۵). اصول مفهومی و کاربردی طراحی باغ‌های شفابخش برای جانبازان $\Pi\Gamma\Sigma\Delta$ با تمرکز بر تئوری‌های کاهش استرس. مجله طب نظامی. ۱۸ (۳): ۲۳۰-۲۴۱
- فتوکیان، ز.، عالیخانی، م.، سلمان یزدی، ن. و جمشیدی، ر. (۱۳۸۳). بررسی کیفیت زندگی بستگان درجه یک مراقبت کننده از بیماران مبتلا به سرطان. فصلنامه پرستاری ایران. ۳۸. ۳۸-۴۲.
- قهرمانیان، ا.، رحمانی، آ.، زمانزاده، و. و محجل اقدم، ع. (۱۳۸۷). میزان رعایت خلوت بیماران طی مراقبت‌های پرستاری از دیدگاه پرستاران و بیماران. دوماهنامه پرستاری ایران. ۲۱ (۵۵): ۳۷-۴۵
- کرمی، ا.، فلاح‌ت پیشه، ف.، جهانی هاشمی، ح. و بیرقدار، ن. (۱۳۸۹). کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان در قزوین (۱۳۸۶). مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین. ۱۴ (۳): ۸۰-۸۶
- گل، ی. (۱۳۹۲). شهر انسانی. ترجمه: علی غفاری و لیلا غفاری. انتشارات علم معمار. تهران.
- لاوسون، ب. (۱۳۸۳). معماری شفابخش. فصلنامه آبادی. ۱۴ (۴۴): ۱۳۰-۱۳۴
- محمدی شاه‌بلاغی، ف.، عباس زاده، ع. (۱۳۷۷). تأثیر میزان امید در بهبود بیماران سرطانی. فصلنامه مطالعات معرفتی در دانشگاه اسلامی. ۴: ۲۶-۳۰.
- معتمدی، م.، چاره جو، ف. (۱۳۹۳). مولفه‌های محیط فیزیکی در رضایتمندی بیمار از مرکز درمانی. کنفرانس مهندسی عمران، معماری و مدیریت پایدار شهری. گرگان.
- مک اندرو، ف. (۱۳۸۷). روان‌شناسی محیطی. ترجمه: غلامرضا محمودی. انتشارات زرباف اصل. تهران.
- منتظرالحججه، م.، اخلاصی، ا. (۱۳۹۷). ارزیابی عوامل مؤثر بر سطح اثربخشی و رضایتمندی بیماران از فضاها درمانی: مورد پژوهی بیمارستان‌های شهر یزد. فصلنامه بیمارستان. ۱۷ (۶۵): ۹۶-۸۱.
- هال، ا. (۱۳۹۲). بعد پنهان. ترجمه منوچهر طیبیان. انتشارات دانشگاه تهران. تهران
- Andrade, C. C., & Devlin, A. S. (2015). Stress reduction in the hospital room: Applying Ulrich's theory of supportive design. *Journal of environmental psychology*, 41, 125-134.
- Andrade, C. C., Devlin, A. S., Pereira, C. R., & Lima, M. L. (2017). Do the hospital rooms make a difference for patients' stress? A multilevel analysis of the role of perceived control, positive distraction, and social support. *Journal of environmental psychology*, 53, 63-72.
- Andritsch, E., Stöger, H., Bauernhofer, T., Andritsch, H., Kasperek, A. K., Schaberl-Moser, R., ... & Samonigg, H. (2013). The ethics of space, design and color in an oncology ward. *Palliative & supportive care*, 11(3), 215-221.
- Andrykowski, M. A., Lykins, E., & Floyd, A. (2008, August). Psychological health in cancer survivors. In *Seminars in oncology nursing* (Vol. 24, No. 3, pp. 193-201). WB Saunders.
- Bahrami, M. (2016). Iranian nurses perceptions of cancer patients quality of life. *Iranian journal of cancer prevention*, 9(3).
- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A., & Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human reproduction*, 22(6), 1506-1512.
- Budis, J. P. (2003). An end-of-life care curriculum for nursing home staff: Improving nursing home care of the dying: a training manual for nursing home staff By Martha L. Henderson, Laura C.

- Hanson, and Kimberly S. Reynolds Published by Springer Publishing Company, New York, USA, 2003 216 pages, \$36.95 (softcover). *Journal of pain and symptom management*, 26(6), 1148-1149.
- Capolongo, S., Gola, M., Di Noia, M., Nickolova, M., Nachiero, D., Rebecchi, A., ... & Buffoli, M. (2016). Social sustainability in healthcare facilities: a rating tool for analysing and improving social aspects in environments of care. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 52(1), 15-23.
 - Chaudhury, H., Mahmood, A., & Valente, M. (2006). Nurses' perception of single-occupancy versus multioccupancy rooms in acute care environments: an exploratory comparative assessment. *Applied Nursing Research*, 19(3), 118-125.
 - Cui, J., Fang, F., Shen, F., Song, L., Zhou, L., Ma, X., & Zhao, J. (2014). Quality of life in patients with advanced cancer at the end of life as measured by the McGill quality of life questionnaire: a survey in China. *Journal of pain and symptom management*, 48(5), 893-902.
 - Dilani, A. (2009). Psychosocially Supportive Design—Scandinavian Healthcare Design in Del Nord, R.(ed)(2009). *The Culture for the Future of Healthcare Architecture*. In *Proceedings of the 28th, International Public Health Seminar*, Alinea Editrice.
 - Edwards, L., & Torcellini, P. (2002). Literature review of the effects of natural light on building occupants.
 - Edwards, B., & Ung, L. (2002). Quality of life instruments for caregivers of patients with cancer: a review of their psychometric properties. *Cancer nursing*, 25(5), 342-349.
 - Gill, T. M., & Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Jama*, 272(8), 619-626.
 - Hartig, T., & Staats, H. (2003). Restorative environments. *Journal of Environmental Psychology*, 23(2).
 - Hinds, P. S., Billups, C. A., Cao, X., Gattuso, J. S., Burghen, E., West, N., ... & Daw, N. C. (2009). Health-related quality of life in adolescents at the time of diagnosis with osteosarcoma or acute myeloid leukemia. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(3), 156-163.
 - Isikhan, V., Güner, P., Kömürçü, S., Özet, A., Arpacı, F., & Öztürk, B. (2001). The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer—I. *Cancer nursing*, 24(6), 490-495.
 - Jamali, N., Leung, R. K., & Verderber, S. (2020). A review of computerized hospital layout modelling techniques and their ethical implications. *Frontiers of Architectural Research*.
 - Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature: Toward an integrative framework. *Journal of environmental psychology*, 15(3), 169-182.
 - Kuuppelomäki, M. (2002). Spiritual support for families of patients with cancer: a pilot study of nursing staff assessments. *Cancer Nursing*, 25(3), 209-218.
 - Marberry, S. O. (Ed.). (1995). *Innovations in healthcare design: selected presentations from the first five symposia on healthcare design*. John Wiley & Sons.
 - Mahdavi, M., Ghafourifard, M., & Rahmani, A. (2020). Nursing presence from the perspective of cancer patients: A cross-sectional study. *Nursing Practice Today*.
 - Melin, L., & Götestam, K. G. (1981). The effects of rearranging ward routines on communication and eating behaviors of psychogeriatric patients. *Journal of applied behavior analysis*, 14(1), 47-51.
 - Mitchell, G. (2000). Indicators as Tools to Guide Progress on the Sustainable Development Pathway In Lawrence, RJ, 2000. *Sustaining Human Settlement: A Challenge for the New Millennium*, 55–104.
 - Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., Worth, A., & Benton, T. F. (2004). Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative medicine*, 18(1), 39-45.
 - Poe, S. S., Cvach, M. M., Gartrell, D. G., Radzik, B. R., & Joy, T. L. (2005). An evidence-based approach to fall risk assessment, prevention, and management: lessons learned. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(2), 107-116.

- Priscilla, D., Hamidin, A., Azhar, M. Z., Noorjan, K., Salmiah, M. S., & Bahariah, K. (2011). The socio-demographic and clinical factors associated with quality of life among patients with haematological cancer in a large government hospital in Malaysia. *The Malaysian journal of medical sciences: MJMS*, 18(3), 49.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., Cheever, K. H., Townsend, M. C., & Gould, B. (2008). *Brunner and Suddarth's textbook of medicalsurgical nursing* 10th edition. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins.
- Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224(4647), 420-421.
- Ulrich, R. S., Simons, R. F., Losito, B. D., Fiorito, E., Miles, M. A., & Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of environmental psychology*, 11(3), 201-230.
- Verderber, S. F. (1983). *Windowness and human behavior in the hospital rehabilitation environment* (Doctoral dissertation, University of Michigan).
- Velarde, M. D., Fry, G., & Tveit, M. (2007). Health effects of viewing landscapes–Landscape types in environmental psychology. *Urban forestry & urban greening*, 6(4), 199-212.
- Wang, Z., & Puksza, M. (2018). Private rooms, semi-open areas, or open areas for chemotherapy care: Perspectives of cancer patients, families, and nursing staff. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 11(3), 94-108.
- Williamson, J. W. (1992). The effects of ocean sounds on sleep after coronary artery bypass graft surgery. *American Journal of Critical Care*, 1(1), 91-97.
- <https://www.turnerconstruction.com/experience/project/5E47/the-ohio-state-university-james-cancer-hospital-and-solove-research-institute>. (Ohio state university cancer center rooms) آخرین دسترسی ۹۹/۷/۱۰
- <https://www.enr.com/articles/38058-health-care-best-project-ucsf-medical-center-at-mission-bay>(UCSF baker cancer hospital) آخرین دسترسی ۹۹/۷/۱۰
- <https://www.mhealth.org/childrens/giving-and-volunteering-pediatric/adopt-a-room> (Minnesota Masonic Children's Hospital) آخرین دسترسی ۹۹/۷/۱۰

Investigation of properties and dimensions of desirable hospital room in view of native cancer patients of Kermanshah

Mahya Bakhtiary Manesh, Ph.D. Candidate of architecture, Architecture department, Tarbiat modares university, Tehran. Iran

Azadeh Khaki Ghasr, Assistant Professor, Department of Architecture, Faculty of Architecture and Urban Planning, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

(A_khakighasr@sbu.ac.ir)

Received: 2021/04/20

Accepted: 2021/09/11

Extended abstract

Introduction: During clinical treatment in hospital rooms for cancer patients, few standards for recovery are provided. Attention to emotional qualities such as qualities of hospital rooms, which are not unrelated to quantities, helps increase hope for these patients. However, unfortunately, less attention has been paid to such aspects.

Methodology: The research is a qualitative content analysis based on library studies, field observations and structured interviews with native patients until theoretical saturation. In this case study, image-based questionnaires were asked from 31 patients (78% from villages and cities of Kermanshah and 22% from Kermanshah) in two hospitals of Kermanshah. A theoretical framework based on five aspects of physical, psychological, moral-legal, semantic, and social-local development of desired hospital room for cancer patients.

Results: According to library studies, five aspects of physical, psychological, spiritual, moral-legal and social-local are effective in hospital rooms. On the other hand, according to field studies, in addition to medical facilities in hospital rooms, the expectation of native patients is focused on the intracultural (local) aspect with emphasis on preserving patients' territory and creating a sense of belonging to be placed in inpatient rooms. In terms of the clarity of these two concepts, in the statistical community, such terms as "being familiar and not being a stranger", "similar comfort at home", "more communication with the outside, including nature," and "definition of patients' territories based on local custom" as There are qualities. In addition, "being hopeful and uplifting", "suitable for the presence of companions," and "fit the space with the number of patients" are of particular importance. According to the study, the more cancer patients connect to their local-social characteristics, the fifth dimension, which observes the local aspect of their hospital room, needs to be strengthened in designing such spaces. Therefore, for the desirability of the hospital room for native patients, much attention should be paid to the local aspect. In other words, in more local communities, the role of the fifth component becomes more colorful. In contrast, this component may be absorbed in more minor local communities in four other ways. Therefore, it is necessary for the hospital rooms of native cancer patients in the hospitals of the country's provinces to be related to the residential qualities of their native people so that they feel less alienated from the new environment that can complement treatment and resuscitation hope to reduce stress.

Conclusion: In order to provide the quantitative and qualitative aspects of the desirable hospital room for native cancer patients, there should be more focus on the fifth aspect, the social-cultural-local aspect. It refers to the social sustainability of the patients, which designers should consider. It references the cultural background. Thinking more locally in regulating domains and strengthening the connectedness so that the patients can take the path of fulfilling the emotional and restorative role besides clinical therapies to give more hope to cancer patients.

Keywords: Native patient, Cancer, connectedness, Patient's territory, Hospital room, Regional hospital